New Yorker medicinische Monatsschrift

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika.

unter Mitwirkung von

Dr. E. Bachmann, Dr. J. Brettauer, Dr. A. F. Buechler, Dr. A. Caillé, Dr. F. Förster,
Dr. E. Fridenberg, Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Lange, Dr. J. Troje.
Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. F. Schwyzer, Dr. G. Seeligmann, Dr. A. Seibert,

Redigirt von

DR. OTTO G. T. KILIANI.

BAND VIII.

JANUAR-DEZEMBER.

1896.

NEW YORK:

VERLAG DER MEDICAL MONTHLY PUBLISHING COMPANY.

Druck der Cherouny Printing and Publishing Company,
17 to 27 Vandewater Street, N. Y.

New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Redigirt von Dr. OTTO G. T. KILIANI.

Inhaltsverzeichniss von Band VIII.

ORIGINALARBEITEN.

LEITARTIKEL.

REFERATE.

SITZUNGSBERICHTE.

AUTORENREGISTER.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

Bd. IX. New York, 20. Januar 1896. No. 1.

ORIGINALARBEITEN.

Die Diagnose der bösartigen Lungengeschwulste.*

Von

Dr. J. Adler.

Seit Stokes' klassischenArbeiten über Lungenkrebs hat sich eine beträchtliche Literatur über die bösartigen Lungengeschwulste angesammelt. Sowohl vom klinischen als auch vom anatomischen Standpunkt hat der Gegenstand vielfach eine eingehende Behandlung erfahren. Trotz der Fülle der Specialarbeiten aber gehen die meisten der gangbaren Lehrbücher nur äusserst flüchtig über dieses Kapitel hinweg und auch im Bewusstsein vieler praktischer Aerzte findet sich der bösartige Lungentumor viel mehr als seltenes Curiosum, kaum aber als Objekt diagnostischer Thätigkeit. Wenn ich hiernach auch nichts wesentlich Neues bieten kann, so dürfte es Ihnen doch nicht ganz unwillkommen sein, wenn ich heute Abend die Diagnose der primären bösartigen Lungengeschwülste zur Sprache bringe. Die gutartigen Tumoren der Lunge dürften wohl kaum jemals ein klinisches oder diagnostisches Interesse bieten. Es sind wohl Lipome, Chondrome, Osteome, Fibrome u. s. w. beschrieben, Chiari hat Adenome und deren Mischformen in Bronchiektasien gefunden. Diese Vorkommnisse aber, von hervorragendem Interesse für den Anatomen und Pathologen, sind meistens zufällige Befunde

* Vortrag gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung der Aerzte des deutschen Dispensary in der Stadt New York am 16ten Dezember 1895.

bei Autopsien und kaum Objecte klinischer Diagnostik. Sie stellen fast immer Massen geringen Volumens dar, die zu keinen irgendwie charakteristischen Störungen Veranlassung geben. Ganz anders die bösartigen Neubildungen. Wir beschränken uns in unserer Betrachtung ausschliesslich auf die primären Neubildungen. Es dürfte in den meisten Fällen nicht allzu schwer sein, etwaige zweifelhafte Lungenerscheinungen, welche im Gefolge einer sicher erkannten bösartigen Geschwulst in einem anderen Körpertheil auftreten, auf ihre wahre Ursache zurückzuführen. Entzieht sich aber die primäre Geschwulst der klinischen Diagnose, so gelten für die Beurtheilung der metastatischen Lungengeschwulste dieselben Gesichtspunkte, wie für die primären. Andererseits werden wir aber die Primärerkrankungen der Pleura in den Kreis unserer Betrachtungen mit hineinziehen müssen. Es kommen wohl Geschwulsterkrankungen der Pleura vor, bei welchen die Lunge gar nicht oder doch nur in ganz untergeordnetem Maasse afficirt ist, andererseits gibt es Geschwulste, welche fast ausschliesslich auf das Lungengewebe beschränkt bleiben. In weitaus den meisten Fällen sind aber beide Gewebe, Lunge und Pleura, in den Bereich der Erkrankung in mehr oder weniger grosser Ausdehnung mit hineingezogen, ja manchmal ist es sogar dem Anatomen unmöglich zu entscheiden, ob Lunge, ob Pleura als Ausgangspunkt der Geschwulstbildung aufzufassen ist. Auch im klinischen Krankheitsbilde sind die Erscheinungen von Seiten der Pleura und der Lunge oft so innig miteinander verquickt, dass eine durchgreifende Trennung der Erscheinungen gar nicht möglich wird.

Ueber die feinere Anatomie der Lungen - Pleura - Geschwülste ist viel und eingehend gearbeitet worden, trotzdem findet sich gerade hier eine beträchtliche Verwirrung und eine Menge ungelöster Fragen. Die älteren Beobachtungen sind hier nur mit grosser Vorsicht zu verwerthen, und auch in neuerer Zeit sind viele Beobachtungen wegen Mangels eingehender mikroskopischer Untersuchung für die histiologische Betrachtung kaum zu brauchen. Ich will Sie nicht mit Details ermüden und nur einige wenige Daten zur allgemeinen Orientirung anführen. Die hier in Betracht kommenden Geschwulste sind Carcinome, Sarcome, Endotheliome und Mischformen dieser drei Gruppen. Von Carcinomen kommen

vor Cylinderepithel- und Plattenepithel-Krebse, auch medullare und scirrhöse Formen. Von der Bronchialschleimhaut aus entwickeln sich nicht nur Cylinderzellen-Carcinome, sondern in seltenen Fällen auch Plattenepithel-Krebse (Ehrich). Auch das Alveolarepithel soll den Ausgangspunkt sowohl für Cylinderzellen-, als auch für Plattenepithel-Carcinom bilden können (Grünwald, Fuchs, Wolf). Friedländer beschreibt ein Cancroid, das sich in einer Lungencaverne entwickelte und frei in den Bronchus hineinragte, ohne dessen Wand zu afficiren. Es scheint mir noch fraglich, ob nicht manches, das als Carcinom beschrieben wird, nicht eher als Endotheliom aufzufassen sein dürfte. Von Sarcomen scheinen vorwiegend die weicheren, markschwammartigen Formen vorzukommen. Das Endotheliom ist namentlich an der Pleura gut studirt und durch die Arbeiten von Wagner, Schulz, Neelsen und vieler Anderen als wohlcharakterisirte und typische Krankheit fixirt. Viel weniger erkannt ist die Endotheliombildung in der Lunge, doch würde ein Eingehen auf diese Einzelheiten zu weit führen. Was die grob anatomischen Verhältnisse betrifft, so hat man verschiedene Eintheilungen versucht, doch mit wenig Glück, da die Uebergangsformen zu mannigfaltig sind. Am ehesten könnte man noch die mehr diffusen gleichmässigen Infiltrationen und die mehr massigen circumscripten Tumorbildungen unterscheiden. Bei letzteren kann es sich wieder nur um einen grösseren Herd oder um eine Anzahl Knoten verschiedener Grösse handeln. Die metastatischen Lungengeschwülste treten meistens in Form vereinzelter Herde auf. Die diffusen Infiltrationen gehen meistens von einem circumscripten Herd in der Wand eines grösseren Bronchus aus, und indem sie in die peribronchialen und perivasculären Lymphbahnen hineinwuchern, folgen sie den Ausbreitungen des Bronchialbaumes auf weite Strecken nach allen Richtungen. Auch das diffuse Pleuraendotheliom stellt eine mehr gleichmässige Proliferation im Gebiet sämmtlicher Lymphbahnen der Pleura dar. Die circumscripte Lungengeschwulst kann unter Umständen recht bedeutende Grösse annehmen, so dass der grösste Theil eines, ja mehrerer Lappen von dem Neoplasma eingenommen wird. Das Lungengewebe ist dann oft weithin durch Tumormassen völlig ersetzt, so dass von der ursprünglichen Structur auch

mikroskopisch keine Spur mehr zu finden ist. Der Ausgangspunkt solcher grossen Geschwulstmassen ist dann meistens nicht mehr mit Sicherheit zu bestimmen. Fast immer ist auch in solchen Fällen die Pleura in die Neubildung mit eingezogen. Eine ausgesprochene Neigung zu Erweichung und Zerfall kommt dieser Form von Lungengeschwülsten in hohem Maasse zu. Bezüglich des Lebensalters, in welchem die malignen Lungengeschwulste vorkommen, so scheint für Carcinome, entsprechend deren Verhalten an anderen Körperstellen, das mittlere und spätere Alter bevorzugt zu sein. Sarcome scheinen auch reichlich bei jüngeren Subjecten, ja bei Kindern aufzutreten. Bekannt ist der vielcitirte Fall von MacAldowie: eine primäre Lungengeschwulst bei einem Kinde von 5½ Monaten, wobei sich aber nicht bestimmen lässt, ob es sich hier um Sarcom oder Carcinom handelt, da die mikroskopische Untersuchung fehlt. Betreffs der Häufigkeit des Vorkommens gibt Wolf an, dass aus 20,116 Dresdener Sectionen aus den Jahren 1852—94 das primäre Lungencarcinom fünfundvierzigmal vorgekommen sei, woraus sich ein Verhältniss von rund zwei Lungencarcinomen auf 1000 Sectionen ergibt. Einen niedrigeren Prozentsatz berechnet Fuchs aus den Sectionen in München, acht Fälle auf 12,307 Autopsien, gleich 0,065 Prozent. Zieht man nun noch die Sarcome und Endotheliome der Lunge und der Pleura, die mindestens nicht seltener als Carcinom sind, in Betracht, so dürfte sich für das Vorkommen von primären Lungen- und Pleura-Geschwülsten ein nicht unerheblicher Prozentsatz annehmen lassen, doch bin ich nicht in der Lage, hierfür Zahlen angeben zu können.

Wenden wir uns zu unserem eigentlichen Thema:

Zunächst muss betont werden, dass manchmal die Lungengeschwulst als solche sich überhaupt jeder Diagnose entzieht. Es scheint sicher zu sein, dass häufig die ersten Anfänge der Erkrankung anscheinend ganz symptomlos verlaufen und zur Zeit, da die Patienten zu klagen beginnen, die physikalische Untersuchung schon weitgehende Veränderungen nachzuweisen im Stande ist. Aber auch der ganze Verlauf der Krankheit kann mit so geringfügigen und unbestimmten Symptomen einhergehen, dass die Aufmerksamkeit weder des Patienten noch

des Arztes auf die Lunge gelenkt wird. So beschreibt Chiari ein Cylinderzellencarcinom der Bronchien mit weitgehenden Metastasen, als zufälligen Befund bei einer Frau, die an incarcerirter Cruralhernie zu Grunde ging. Oder auch, es können neben schweren Allgemeinerscheinungen die lokalen Symptome wenig Charakteristisches bieten und dieselben auf so ungezwungene Weise von anderen Läsionen hergeleitet werden, dass dadurch die richtige Diagnose sehr erschwert, ja unmöglich gemacht wird. Schliesslich kann eine andere wohlcharakterisirte Erkrankung derart in den Vordergrund der Erscheinungen treten, in solchem Maasse das gesammte Krankheitsbild beherrschen, dass der complicirende Lungentumor mit Nothwendigkeit sich unserer Erkenntniss entzieht. Dies gilt hauptsächlich für die Tuberculose. Entgegen der Meinung früherer Autoren, wonach Krebs und Tuberculose einander gewissermassen ausschliessen, wissen wir jetzt, dass Carcinom gar nicht so selten in tuberculösem Gewebe einen günstigen Boden für seine Entwicklung findet. Ich erinnere an das Vorkommen von Epitheliomen auf lupösem Boden. Auch bei Lungentuberculose hat man nun Carcinom beobachtet. Hierher gehört der schon oben erwähnte Fall von Friedländer, der Fall von Puech (an der Spitze der rechten Lunge drei tuberculöse Cavernen, in der Trachea und rechtem Bronchus primären Krebs), und auch ganz neuerdings eine Reihe von Fällen von Wolf.

Alle die Zeichen, die man zur Diagnose des Lungenkrebses verwerthen könnte, lassen sich auch einzeln oder in mannigfachen Combinationen auf Lungentuberculose beziehen, und es dürfte kaum möglich sein, namentlich bei Anwesenheit von Bacillen im Sputum, in solchen Fällen eine Unterscheidung zu machen. Die differentialdiagnostischen Momente, welche Stokes und Woillez u. A. aufgestellt haben, sind schon längst als nicht zutreffend erkannt. Gehen wir nun über zur Besprechung der diagnostischen Mitteln, welche uns in den diagnosticirbaren Fällen zur Verfügung stehen, so muss zunächst hervorgehoben werden, was schon so oft betont worden ist: es gibt nur ein Zeichen, das für sich allein und mit absoluter Sicherheit die Diagnose auf Neubildung feststellt. Das ist der Nachweis der Geschwulstelemente in charakteristischer Anordnung durch das Mikroskop. Dieser

Nachweis kann auf verschiedene Weise geführt werden. In zwei Fällen — der eine von Hampeln, der andere von Huber aus der Eichhorstschen Klinik — wurden grössere Geschwulstmassen ausgehustet und aus der mikroskopischen Untersuchung derselben ohne Weiteres die Diagnose auf Lungensarcom gestellt. Derartige Vorkommnisse indessen dürften zu den allergrössten Seltenheiten gehören. Mir sind aus der gesammten Litteratur nur diese beiden Fälle bekannt. In einem anderen Falle hat Hampeln aus dem Vorkommen von grossen polymorphen keulen- und spindelförmigen Zellen im Sputum die Diagnose auf Lungencarcinom gestellt und durch die Autopsie bestätigt gefunden. Erst ganz kürzlich hat Betschart einen ähnlichen Fall aus der Eichhorstschen Klinik veröffentlicht. Meiner Meinung nach müssen indessen Befunde von Zellen im Sputum, wenn es sich nicht um typisch angeordnetes Geschwulstgewebe handelt, mit grosser Vorsicht beurtheilt werden. Aus der grossen Masse normaler und pathologisch veränderter Zellformen, welche im Sputum vorkommen können, einzelne als Geschwulstzellen anzusprechen, erscheint mir nur dann zulässig, wenn die sonstigen klinischen und anatomischen Zeichen auf eine Geschwulstdiagnose hindrängen. In der That erscheint mir der erwähnte Fall von Betschart nicht ganz einwandsfrei und die Diagnose Carcinom auch durch die Autopsie nicht über alle Zweifel festgestellt. Immerhin dürften selbst diese Befunde im Sputum zu den selteneren Vorkommnissen zu rechnen sein. In weitaus den meisten Fällen ist der Sputumbefund, was morphotische Elemente betrifft, durchaus ohne charakteristische Ergebnisse. In einem Falle gelang es Krönig durch Punktion, aus der Lunge Gewebspartikelchen zu entfernen. Die mikroskopische Untersuchung derselben wies elastische Fasern und lymphosarcomatöses Gewebe auf. Auch durch den Nachweis von Geschwulstelementen in Pleuraexudaten hat man versucht, und mehrmals mit Glück, den direkten Nachweis von Geschwülsten der Pleura und der Lunge zu führen. Es handelt sich hier um grosse, polymorphe, meistens stark vacuolisirte, oft vielkernige Zellen, die auch vielfach Mitosen, und zwar unregelmässige, pluripolare u. dergl., aufweisen. Quincke, und erst kürzlich Rieder, haben dergleichen Fälle publicirt. Es dürfte nicht immer leicht sein, aus solchen Befunden den

Entscheid zu treffen, ob es sich um wirkliche Geschwulstelemente oder um entzündlich proliferirende und degenerirende Endothelien handelt. Immerhin verdienen diese Vorkommnisse weitere sorgfältige Beachtung. Auch der von Quincke sogenannte Hydrops adiposus mag unter Umständen ein wichtiges diagnostisches Merkmal abgeben. Quincke hat nämlich gezeigt, dass bei rapider Proliferation und raschem Zerfall von Zellen, wie solche bei Pleura- und Peritonealcarcinomen vorkommen, die Transudate stark fetthaltig sein können und beim Stehen eine mehr oder minder mächtige Fettschicht absetzen. Diese Erscheinung soll bei reinentzündlichen Zuständen nie vorkommen, dagegen soll Pleuratuberculose ähnliche Exudate liefern. Mir selbst fehlen eigene Erfahrungen über den Gegenstand. In der überwiegend grossen Mehrzahl der Fälle wird man nun den direkten mikroskopischen Nachweis einer Geschwulst nicht führen können, sondern wird auf indirektem Wege durch Combination der mannigfachsten Symptome und Erwägungen zu einer Diagnose zu gelangen suchen. Gestatten Sie, dass ich Ihnen, gewissermassen als Illustration der hier in Betracht kommenden Verhältnisse, einige Fälle aus eigener Beobachtung in Kürze mittheile.

Im ersten Falle handelt es sich um eine Dame von etwa 66 Jahren, sehr nervösen Temperaments und mit den Erscheinungen einer mässigen Arterio-Sclerose. Die Vorgeschichte bietet nichts Wesentliches, auch lässt sich hereditäre Belastung nicht nachweisen. Anfangs Sommers 1890 begann die Frau über leichten Hustenreiz zu klagen, sowie über Athembeschwerden bei geringen Anstrengungen. Der Husten war kurz und trocken ohne Schleimauswurf und ohne Schmerz; derselbe wurde eingeleitet durch Kitzel in den oberen Luftwegen und war bei Bettruhe nicht minder quälend als beim Sprechen oder bei Bewegung. Eine sorgfältige Untersuchung ergab, mit Ausnahme einer leichten, chronischen Pharyngitis, durchaus normale Verhältnisse. Im Laufe der nächsten Wochen steigerten sich die subjectiven Beschwerden. Eine auffallende Schwäche stellte sich ein, zusammen mit psychischer Depression, Appetitmangel und Kurzathmigkeit selbst bei ganz geringen Anstrengungen. Die wiederholte Untersuchung bot keine Anhaltspunkte. Ein mehrwöchentlicher

Landaufenthalt besserte an dem Zustande nichts. Die allgemeine Schwäche nahm im Gegentheil rasch zu, und es traten wiederholt dyspnoische Anfälle auf. Fieber war nicht vorhanden. Anfang August konnte constatirt werden: eine ganz geringe Dämpfung links hinten unten, etwa in der Höhe der sechsten Rippe zwischen Scapula und Wirbelsäule. Im Bereich der Dämpfung war das Athemgeräusch abgeschwächt, besonders bemerkenswerth aber war ein deutliches, wenn auch nicht sehr lautes stridoröses zischendes Athmen, welches bei tiefen In- und Expirationen an einer beschränkten Stelle im Dämpfungsbezirke ziemlich nahe an der Wirbelsäule zu hören war. Dieser Befund, so geringfügig an sich er auch sein mochte, liess nur eine Deutung zu. Es musste sich um die Obstruction eines grösseren Bronchus in der Nähe der linken Lungenwurzel handeln. Der rapide Kräfteverfall, der Mangel jeglichen Fiebers, der negative Befund im gesammten übrigen Körper, der schleichende Verlauf gaben genügende Anhaltspunkte, um die Annahme, dass es sich hier um primären Bronchialkrebs handle, in hohem Grade wahrscheinlich zu machen. Der weitere Verlauf konnte nur diese Diagnose befestigen. Ganz allmählig breitete sich die Dämpfung hinten über den ganzen Unterlappen aus, und nahm dabei an Intensität zu, obgleich es nie zu vollem Schenkelschall kam. Das Athmen erschien im Dämpfungsbezirke mehr und mehr abgeschwächt, mit leicht, bronchialem Beiklang. Der oben erwähnte bronchiale Stridor, anfangs bedeutend verstärkt, war im späteren Verlauf nicht mehr zu hören. In den übrigen Lungenparthien, sowohl links als rechts, stellten sich vielfache, meist trockne Rasselgeräusche ein, und es wurde jetzt öfters mit den Hustenanfällen ein zäher, glasiger Schleim expectorirt. Blut ist im Sputum nie aufgetreten. Auch die mikroskopische Untersuchung des Auswurfs blieb stets negativ. Ueber Schmerzen wurde nie geklagt. Der Verfall der Kräfte nahm rasch zu. Die Kranke konnte das Bett nicht mehr verlassen. Auch die Anfälle von Dyspnoe nahmen an Häufigkeit und Heftigkeit zu, und steigerten sich gelegentlich, besonders nach Hustenanfällen, zu intensiver Orthopnoe. Geringe Temperatursteigerungen von ganz unregelmässigem Typus stellten sich ein. Anfangs Oktober trat deutlicher Icterus auf, der in den nächsten Wochen noch zunahm. Die

Leber nahm an Grösse zu, und es liessen sich einzelne unebene, mässig harte Knoten in der Nähe des freien Randes des linken Leberlappens abtasten. Die Dämpfung links hinten hatte sich mittlerweile auch auf die unteren Partien des linken Oberlappens ausgebreitet. Die Kranke lag jetzt meistens somnolent und apathisch da, und unter den Erscheinungen äusserster Erschöpfung erfolgte Mitte November der Exitus. Die Autopsie wurde verweigert. — Trotzdem dass hier der anatomische Nachweis fehlt, so erscheint mir doch die Diagnose eines primären Bronchialkrebses in diesem Falle eine sichere, ja die einzig mögliche. Die anfänglichen Erscheinungen der Bronchialreizung ohne nachweisbare anatomische Veränderung, die dann folgende Bronchostenose in streng begrenztem Gebiet, die daran sich schliessende unregelmässige Dämpfung mit vermindertem Athmen, der rapide Verfall der Kräfte, der anscheinend ganz ausser Verhältniss steht mit den immerhin geringfügigen physikalischen Zeichen, in gleicher Weise die Dyspnoe, der im Wesentlichen fieberfreie Verlauf, die schliesslich auftretende Lebermetastase und endlich der durchaus negative Befund in allen übrigen Organen; alle diese Thatsachen drängen mit unabweisbarer Nothwendigkeit zu der einen Diagnose.

Ein ganz anderes Bild bietet ein anderer Fall. Hier handelt es sich um einen Herrn, ebenfalls hoch in den Sechzigern (67 Jahre), der mich zuerst im Juli 1893 consultirte. Auch hier bietet die Vorgeschichte nichts Bemerkenswerthes. Hereditäre Belastung ist nicht nachweisbar, Potus und Lues werden negirt. Anzuführen aber ist, dass Patient, Tabakhändler von Beruf, seit Jahren ganz ausserordentlich starker Raucher ist, und täglich seine 16 bis 20 schwere Havana-Cigarren verzehrt. Seit geraumer Zeit — er weiss nicht, wie lange — klagt er über Husten mit geringem, meist schaumigem, manchmal blutigem Auswurf, und über Schmerzen in der Brust. Die Schmerzen beschränken sich ausschliesslich auf die linke, obere, vordere Brusthälfte, wie Patient annimmt, in der Herzgegend. Die Schmerzen sind meist unbestimmter, dumpfer, nicht genau localisirbarer Natur, doch manchmal auch ganz acut und heftig. Weder tiefe Inspirationen noch sonstige Bewegungen scheinen den Schmerz zu beeinflussen. Im übrigen gibt Patient an, dass er wohl etwas an Gewicht abgenommen

habe und sich gelegentlich etwas schwach fühle, er sich aber sonst einer vortrefflichen Gesundheit erfreue, namentlich seien Appetit und Schlaf vortrefflich und Stuhlgang regelmässig. Patient stellt sich dar als corpulenter, aber bleich aussehender Mann mit leicht livider Hautfärbung und geringer Cyanose der Lippen und sichtbaren Schleimhäuten. Der Puls etwas frequent, von geringem Volumen, die Arterien rigide. Bei der Inspection des Thorax fällt eine deutliche Minderbeweglichkeit der linken oberen Brustpartie bei der Athmung auf. Die Percussion ergibt rechts, mit Ausnahme mässiger, emphysematöser Ausdehnung der rechten Lunge, durchaus normale Verhältnisse; links ist oberhalb der Clavicula und unterhalb derselben bis zum unteren Rande der ersten Rippe sonorer Lungenschall, von da abwärts, ohne Unterbrechung in die Herzdämpfung übergehend, totaler Schenkelschall. Nach rechts erstreckt sich die Dämpfung eine kurze Strecke unter das Sternum, nach links etwa bis zur vorderen Axillarlinie, wo sie scharf absetzt und normalem Lungenschall Platz macht. An der hinteren Thoraxfläche, sowohl rechts wie links, ist die Percussion durchaus normal. Die Auscultation ergiebt überall auf der rechten Seite normales, versiculäres Athmen mit vereinzelten feuchten Rasselgeräuschen. Der gleiche Befund links hinten und an der seitlichen linken Thoraxpartie. Oberhalb der linken Clavicula und unterhalb derselben bis zur oberen Dämpfungsgrenze, rauhes, verschärftes Athmen und kleinblasiges Rasseln. Ueber der ganzen gedämpften Partie ist das Athmungsgeräusch in so hohem Grade vermindert, dass dasselbe eben noch wie aus weiter Ferne und äusserst schwach zu hören ist. Ueber der ganzen Partie ist auch der Stimmfremitus bis auf ein Minimum herabgesetzt. Die Herztöne sind an den gewöhnlichen Stellen hörbar. Der systolische Ton etwas undeutlich und rauh, der zweite Aortenton stark accentuirt. Die weitere Untersuchung ergibt noch Spuren von Eiweiss im Urin, jedoch keine wesentlichen morphotischen Bestandtheile. Das Sputum ist frei von Tuberkelbacillen und elastischen Fasern. An den übrigen Organen ist nichts Wesentliches zu finden. Die Temperatur ist normal. Dieser eigenthümliche Befund liess verschiedene Deutungen zu. Die Annahme einer Tuberculose bot wenig Wahrscheinliches. Abgesehen von der Abwesenheit von

Bacillen im Sputum, sprechen das Alter des Patienten, die normale Temperatur, das Freibleiben der Lungenspitze, die intensive, circumscripte unregelmässige Dämpfung, das verminderte Athmen, durchaus dagegen. Viel eher konnte man an ein abgesacktes Pleuraexudat denken, obgleich hierfür die Localisation eine durchaus ungewöhnliche wäre. Die Punction, welche nur einige Blutstropfen zu Tage förderte, und ausserdem das Gefühl durchaus festen Gewebes ergab, schloss diese Annahme aus. Somit blieben blos zwei Möglichkeiten offen: ein schwielig-indurativer Prozess als Resultat einer chronisch oder subacut verlaufenen Entzündung, oder Tumor. Die weitere Beobachtung hatte zu entscheiden. Nach einem Aufenthalte in den Bergen, während dessen er sich angeblich sehr erholt hatte, entzog sich Patient der weiteren Beobachtung und ich sah ihn erst wieder im März 1894. Er gab an, sich während des Winters erträglich wohl gefühlt zu haben und konnte während der ganzen Zeit seinen Geschäften nachgehen. Die Schmerzen sind geschwunden, und seine Hauptklagen sind jetzt: allgemeine Schwäche, Appetitmangel und ein quälender Husten, der ihn vielfach des Nachts am Schlafen hindert, zugleich auch Kurzathmigkeit. Der Auswurf, manchmal reichlich, manchmal gering, ist weiss und schaumig, sehr häufig aber, und zwar oft ununterbrochen Tage lang, mehr oder weniger b l u t i g. Bei der Untersuchung ergab sich, dass die Dämpfung links vorne nun bis zur Clavicula reichte, nach links hin etwas mehr in die Axilla vorgeschritten war, und nach rechts etwa bis zur Mitte des Sternums sich erstreckte. Das Herz war nicht verschoben, die Dämpfung war eine complete und in ihrem ganzen Bereiche mit Ausnahme der äussersten Randpartien waren Athemgeräusch und Stimmfremitus vollständig aufgehoben. Links hinten etwa in der Mitte der Scapula, unmittelbar unterhalb der Spina, leichte Dämpfung mit vermindertem Athmen. Im Uebrigen war der Befund wie im vorigen Jahre, nur dass die Rasselgeräusche reichlicher waren. Wiederholte mikroskopische Untersuchung des Sputum ergab keine positiven Anhaltspunkte. Die Erscheinungen, subjective sowohl als objective, nahmen ganz allmählig, aber unaufhaltsam an Intensität zu. Ein zweiter Aufenthalt in den Bergen während des Sommers brachte keine Erleichterung. Anfang

November reichte die Dämpfung bis zum rechten Sternalrande und über die Clavicula. Ein deutliches Venennetz hatte sich über der vorderen linken Brusthälfte und dem Sternum ausgebildet. Oberhalb der linken Clavicula war eine Anzahl harter Lymphdrüsen zu fühlen. Links hinten hatte die Dämpfung sich fast bis über den ganzen oberen Lungenlappen erstreckt und war auch hier das Athmen bis auf ein Minimum abgeschwächt. In allen übrigen Lungenpartien reichliches gross- und kleinblasiges Rasseln. Fieber war nicht vorhanden. Der Appetit lag gänzlich darnieder, Patient sah verfallen aus und klagte über zunehmende Schwäche und Athemnoth bei der leisesten Anstrengung. Der Auswurf war stets blutig und hatte, wenn er nicht aus reinem Blut bestand, ein himbeergeléeähnliches Aussehen. Die Blutungen nahmen an Häufigkeit und Intensität zu, und es kam mehrmals zu nächtlichen Erstickungsanfällen in Folge des in die rechte Lunge aspirirten Blutes. Er war immer noch im Stande, einen grossen Theil des Tages ausser Bett zu sein, sogar bei schönen Tagen kurze Strecken im Freien zu gehen. Da setzte plötzlich in der Nacht des 4. Dezember, während Patient schlief, eine heftige Hämorrhagie ein, mit Aspiration des Blutes in den gesammten Bronchialbaum, in Folge dessen Patient in wenigen Minuten erstickte. Die Autopsie, von Dr. Schwyzer ausgeführt, bestätigte die Diagnose, die schon längst mit Sicherheit gestellt war. Es handelte sich um einen primären Tumor der linken Pleura und Lunge im Bereiche des Oberlappens mit secundärer Degeneration der bronchialen und mediastinalen Lymphdrüsen und einer kleinen Metastase in der Leber. Ich lege Ihnen hier die Präparate und Zeichnungen vor. (Demonstration.)

Der Fall bietet anatomisch und histologisch eine Fülle des Interessanten, doch will ich Sie hier mit diesen Dingen nicht ermüden; dieselben sollen an anderer Stelle eine eingehende Berücksichtigung finden. Nur soviel möchte ich anführen, dass es sich um ein Endotheliom handelt, eine Geschwulst, deren Stellung im System noch viel umstritten ist, die man aber am ehesten mit in die grosse Gruppe der Sarcome einreihen darf. Es ist wahrscheinlich, dass das Endotheliom in diesem Falle zuerst von der Pleura aus sich entwickelt und erst secundär auf die Lunge übergegriffen hat.

Noch ein anderer Fall kam zur Beobachtung, der mit dem eben erwähnten bis in die kleinsten Details identisch war, nur dass es sich bei diesem um die rechte Lunge handelte.

Ganz anders gestaltet sich das Bild in jenen Fällen, wo die Pleura allein oder vorwiegend ergriffen ist, und es nicht zu einer Verwachsung der beiden Pleurablätter gekommen ist. Hier steht das Pleuraexudat im Vordergrunde der Erscheinung. Derartiger Fälle findet sich bereits in der Literatur eine stattliche Anzahl beschrieben. Ich selber hatte vor Jahren Gelegenheit einen solchen, wenn auch nur unvollständig, zu beobachten. Oben habe ich schon kurz die möglichen diagnostischen Anhaltspunkte, welche die mikroskopische Untersuchung des Pleuraergusses zu liefern im Stande ist, besprochen. Es wurde öfters grosses Gewicht auf die sanguinolente Beschaffenheit der Flüssigkeit gelegt. Indessen ist es bekannt, dass blutige Exudate sich auch sehr häufig bei tuberculöser Pleuritis vorfinden, und dass andererseits oft genug bei Pleurakrebs des Exudat ein rein seröses ist. Findet sich demnach ein blutiges Exudat in Fällen, wo Tuberculose ausgeschlossen werden kann, so ist wohl der dringende Verdacht auf Neubildung dadurch gerechtfertigt; dagegen schliesst rein seröses Exudat die Möglichkeit krebsiger Entartung nicht aus. In dem Falle primären Pleurakrebses meiner Beobachtung war das Exudat stets serös. Hampeln theilt eine Beobachtung mit, wonach bei primärem Lungen- und Pleurakrebs das Exudat durch Punction permanent beseitigt wurde. Als Regel steht jedoch fest, dass gerade diese Form des pleuritischen Ergusses durch hartnäckigstes Recidiviren sich auszeichnet und allen Punctionen zum Trotz oft colossale Dimensionen annehmen kann. So beschreibt Arnault de la Menadière einen Fall, bei welchem 29 Mal innerhalb sechs Monate punktirt wurde und jedesmal Mengen, die zwischen 1—2½ Liter blutiger Flüssigkeit schwankten, entleert wurden. Angesichts dieser Thatsachen hat man sogar ernstlich in Erwägung gezogen, ob man überhaupt in solchen Fällen öfters punctiren solle, von der Ansicht ausgehend, dass die Entleerung solch beträchtlicher Blutmengen und die dadurch gegebene Gelegenheit zu immer neuen Blutungen schädigend auf den Kranken einwirken müsse. Thatsächlich indessen, sei es um der Indicatio vitalis zu genügen, sei es um dem Kranken

seine Qualen, wenn auch nur vorübergehend, zu mildern, wird man wohl immer wieder, allen theoretischen Bedenken zum Trotze, zur Punction seine Zuflucht nehmen.

Betrachten wir nun noch kurz einige der wichtigeren Symptome, die unter Umständen diagnostische Anhaltspunkte bieten können. Das sogenannte Himbeer- oder Johannisbeergelée ähnliche Sputum hat seinerzeit als pathognostisches Merkmal bei Lungenkrebs eine grosse Rolle gespielt und findet sich immer noch als solches in vielen Lehrbüchern. Es ist aber erwiesen, dass derartiger Auswurf überall da vorkommen kann, wo Blut in gewissen Stadien seiner Veränderungen sich innig mit Schleim vermischt und daher durchaus nicht charakteristisch für Lungenkrebs ist. Es braucht überhaupt kein Auswurf vorhanden zu sein oder nur ganz geringer, durchaus uncharakteristischer. Janssen hat grasgrünes Sputum bei einem Fall von Lungensarcom beschrieben. Das Sputum kann eitrig oder mehr schleimig oder rein blutig sein, und die verschiedenen Formen können miteinander abwechseln, wie in dem zweiten der oben beschriebenen Fälle. Unter Umständen kann es auch zu putriden gangränösen Expectorationen kommen, denn Lungentumoren verursachen gelegentlich Gangrän, wie das z. B. Ramdohr bei einem Falle von Lungensarcom beschreibt.

Im Ganzen wenig Charakteristisches bietet der Husten. Wohl bei allen der bisher bekannten Fälle trat Husten auf, doch darf man nicht vergessen, dass neben der direkten Tumorwirkung: Hereinwuchern der Geschwulst in die Bronchialröhre, Compression der Trachea oder eines grösseren Bronchus, Druck auf den Recurrens u. s. w., sehr beträchtliche mehr secundäre Erscheinungen: Bronchopneumonien, Bronchiectasien, Catarrhe u. s. w. oft in erheblicher Ausdehnung sich geltend machen. Es kommen demnach alle möglichen Formen von Husten vor und die Untersuchung hat in jedem einzelnen Falle zu bestimmen, inwieweit sich derselbe im Zusammenhang mit den übrigen Erscheinungen für die Diagnose verwerthen lässt.

Eine ziemlich constante Erscheinung ist die Dyspnoe. Sie gehört manchmal zu den allerfrühsten Symptomen, hauptsächlich wohl dann, wenn es sich um die primäre Affection eines grösseren Bronchus handelt. Unter solchen

Umständen dürften häufigere dyspnoische Anfälle bei zur Erklärung derselben nicht ausreichenden sonstigen Befunden schon einen wichtigen diagnostischen Fingerzeig abgeben. Erfolgt bei massiger Entwicklung des Tumors oder bei voluminösem Pleuraexudat eine erheblichere Raumbeschränkung im Thorax, tritt Compression der grossen Luftwege, der Nerven, des Circulationsapparates ein, so muss sich selbstverständlich eine oft bis zu äusserster Orthopnoe gesteigerte Athmungsbehinderung einstellen. Diagnostisch wichtig ist auch die Thatsache, worauf schon Darolles in seiner trefflichen Abhandlung aufmerksam macht, dass nämlich bei Lungen-Pleurakrebsen die Entleerung des Exudats entweder gar keine oder nur ganz kurz dauernde Erleichterung der dyspnoischen Erscheinungen herbeiführt. In demselben Sinne zu deuten ist auch das oft bestehende Missverhältniss zwischen der geringen Menge des entleerten Exudats und der Heftigkeit der dyspnoischen Athembeschwerden.

Der Schmerz ist bei den uns beschäftigenden Affectionen eine so inconstante und unbestimmte Erscheinung, dass derselbe wohl kaum als differentialdiagnostisches Mittel in Betracht kommt. Als Curiosum mag erwähnt werden der Fall von Gay, in dem bei diffusem linksseitigen Pleuraendotheliom (?) constante heftige Schmerzen in der rechten Thoraxhälfte auftraten, deren Entstehung auch nach der Autopsie dunkel blieb.

Vielfach bieten Auscultation und Percussion verwerthbare Anhaltspunkte. Wo kein Pleuraexudat vorliegt, finden sich häufig ganz unregelmässige Dämpfungen. Meistens sind die Bronchien vollständig verstopft und das Lungengewebe ist durch die Neubildung durchaus verdrängt, somit stehen grössere Lungenparthien nicht nur ausserhalb jeder Verbindung mit den Luftwegen, sondern sind auch von absolut luftleerem Gewebe eingenommen. Nehmen wir noch hinzu die Verdichtungen und Verwachsungen der umgebenden Pleura, so wird es leicht verständlich, dass an solchen Stellen die Percussion leeren, ja Schenkelschall ergiebt und die Ascultation hochgradig vermindertes oder vollständig aufgehobenes Athemgeräusch, sowie stark verminderten oder ganz fehlenden Stimmfremitus. (Der zweite der oben beschriebenen Fälle, der Fall von Georgi u. A. m.) Namentlich auf das verminderte

oder aufgehobene Athemgeräusch bei starker Dämpfung und Abwesenheit flüssigen Exudates möchte ich besonderen diagnostischen Werth legen. Besonders hervorgehoben muss auch werden, dass diese Dämpfungen manchmal langsam, manchmal schneller, aber stets unaufhaltsam an Umfang und Intensität zunehmen. Gerade dadurch unterscheiden sich diese Befunde von jenen, wie sie etwa alten Pleuraschwarten, schwieligen Lungenindurationen, Splenificationen u. s. w. zukommen. Alle diese Affectionen können unter Umständen zu ähnlichen percutorischen und auscultatorischen Befunden Veranlassung geben, doch bleiben dieselben, einmal gegeben, innerhalb enger Grenzen unverändert. Eine besondere diagnostische Wichtigkeit ist von Behier den Drüsenschwellungen beigelegt worden. Die Schwellung der supraclaviculären sollte mehr für Neubildungen, die der submaxillaren mehr für Tuberculose sprechen. Schon Darolles hat auf die Unzuverlässigkeit dieser Unterscheidung hingewiesen. Es ist auch Thatsache, dass vielfach klinisch überhaupt keine Drüsen nachgewiesen werden können.

Kommt es nun im Verlauf der krebsigen Wucherung zur Schwellung der Bronchialdrüsen und der mediastinalen Lymphdrüsen, zur Durchwucherung des Mediastinums und des Pericards, so ergeben sich neben den Compressionserscheinungen, die schon oben flüchtig angedeutet wurden, alle die Symptome, wie sie Mediastinalgeschwülsten zukommen, auf deren diagnostische und differential-diagnostische Bedeutung ich hier nicht näher eingehen kann, und verweise ich in dieser Beziehung auf die Abhandlung von A. Fränkel.

Schliesslich ist noch zu achten auf die allgemeinen Symptome, wie sie malignen Geschwülsten überhaupt, gleichgiltig welches ihr Standort, zukommen. Oft genug sehen wir weit fortgeschrittene Krebsbildung ohne auffällige Kachexie, oft dagegen auch schon in sehr frühen Stadien der Erkrankung, ausgesprochene kachektische Erscheinungen in markantem Missverhältniss zu den geringfügigen objectiven Befunden. Es ist also allen den Symptomen dieser Kategorie, der Schwäche und Hinfälligkeit, der Abmagerung, Appetitlosigkeit, psychischer Depression und Irritabilität nur ein bedingter diagnostischer Werth beizulegen. Als kachektisch zu

deutende Erscheinungen, zumal bei älteren Individuen, werden stets den Verdacht auf Krebs, möglicherweise obscurer Localisation, in uns erwecken. Finden sich aber objective Anhaltspunkte, dann sind die kachektischen Symptome nicht zu unterschätzende Hülfsmittel zur Sicherstellung der Diagnose.

In die Gruppe der Allgemeinerscheinungen gehört auch der Gang der Temperatur. Bei den bösartigen Lungentumoren, wenn nicht mit entzündlichen Prozessen complicirt, ist der Verlauf meist ein ganz fieberloser, doch kommen auch, zumal gegen das Ende, Temperaturerhöhungen mehr atypischen Charakters vor. Ebstein hat ein sog. chronisches Rückfallsfieber als charakteristisch für gewisse Geschwülste angegeben. Ob dies für die hier vorliegenden diagnostischen Zwecke gelegentlich zu verwerthen sein möge, vermag ich nicht zu entscheiden. Bei der bisherigen Besprechung handelte es sich nur allgemein um die Diagnose: Maligne Neubildung. Ist es nun möglich, intra vitam zu unterscheiden, welche Art von Geschwulst, ob Sarcom oder Carcinom, vorliegt? In gewissen Fällen wird dies wohl möglich sein, vor allem da, wo die direkte mikroskopische Untersuchung auszuführen ist. Es ist auch schon öfters beobachtet worden, dass im Gefolge der primären Lungen-Pleuraerkrankungen sich zugängliche Metastasen, z. B. an der Haut, entwickelten, von welchen aus die mikroskopische Diagnose ermöglicht wurde. So wird verschiedentlich berichtet von secundärer Tumorentwickelung in Stichkanälen nach Thoracocentese. — Wo der direkte Nachweis aber aussteht, dürfte die Differential-Diagnose, Sarcom oder Carcinom, nur eine gewisse Wahrscheinlichkeit beanspruchen. Schwalbe meint, dass ein intensiverer Stridor eher zu Gunsten des Lungen-Sarcoms spreche, da dieses im allgemeinen beträchtlichere Lymphdrüsenschwellungen verursache und daher eher zu Bronchostenose führe als Carinome.

Ich komme zum Schlusse. Wie man sieht, handelt es sich nur in seltenen Ausnahmsfällen um pathognostisch einfache und eindeutige Bilder. Es ist meistens ein vielgestaltiges und vieldeutiges Bild, das sich uns aufrollt. Wo der direkte mikroskopische Nachweis der Geschwulst nicht zu erbringen ist, wird man immer mühsam und auf Umwegen zu einer Diagnose gelangen müssen. Die Zeichen, die als charak-

teristisch und bestimmend angegeben wurden, sind es nur in beschränktem Maasse. Allein unter sorgfältiger Berücksichtigung und Erwägung aller anamnestischer, klinischer und physikalischer Momente, von denen ich Ihnen einige der wesentlicheren vorzuführen versuchte, wird es dennoch oft genug möglich sein, im gegebenen Falle in zutreffender Weise zu entscheiden. Leider knüpft sich an diese Entscheidung, bei dem heutigen Stand unseres Wissens und Könnens, keine Aussicht auf Heilung für den Kranken. Mit der Feststellung der Diagnose ist dem Unglücklichen das Todesurtheil gesprochen.

Dennoch dürfen wir überzeugt sein, dass Alles, was klares Erkennen und zielbewusstes Handeln seitens des Arztes fördert, auch schliesslich der leidenden Menschheit zu Gute kommen muss.

LITERATUR.*

ARNAULT DE LA MENARDIÈRE. Étude clinique sur les manifestations cancereuses de la Plévre. Thèse de Paris 1874.

BEHIER. Leçon sur le Cancer du Poumon. Gazette des Hôpitaux.

BIGGS. Endothelioma of Pleura. Transactions of N. Y. Pathological Soc., 1891, page 119.

BOEGEHOLD. Hydrops adiposus Pleurae. Berl. Klin. Woch. 1878, p. 347.

BARIÉ. Cancer du Poumon. Dict. Encycl. des Sciences Med. Dechambre et Lereboullet 1889.

BETSCHART. Ueber die Diagnose maligner Lungentumoren aus dem Sputum. Virch. Arch., Vol. 142, p. 86.

BOSTRÖM. Das Endothelial-Carcinom. Inaug.-Diss. Erlangen 1881.

CHIARI. Zur Kenntniss der Bronchialgeschwülste. Prag. Med. Woch., 1883, p. 497.

DAROLLES. Du Cancer Pleuro-Pulmonaire au point de vue clinique. Thèse de Paris 1877.

EBSTEIN. Zur Lehre vom Krebs der Bronchien und der Lungen. Deutsche Med. Woch., 1890, N. 42.

EHRICH. Ueber das primäre Bronchial- und Lungencarcinom. Inaug.-Diss. Marburg 1891.

FRIEDLAENDER. Cancroid in einer Lungencaverne. Fortschritte der Med., Bd. III., N. 10, 1885.

FUCHS. Beiträge zur Kenntniss der primären Geschwulstbildungen in der Lunge. Inaug.-Diss. München.

* Die Literaturangaben machen keinen Anspruch auf auch nur annähernde Vollständigkeit. Die anatomisch-histologischen Forschungen sind dabei fast gar nicht berücksichtigt. Ausser den im Text angeführten Arbeiten sind nur noch einige der klinisch wichtigeren angegeben.

A. FRAENKEL. Zur Diagnostik der Brusthöhlengeschwülste. Deutsche Med. Woch., 1891, N. 50 & 51.

A. FRAENKEL. Ueber primären Endothelkrebs der Pleura. Berl. Klin. Woch., 1892, N. 21 & 22.

GAY. A Case of Encephaloid Cancer of the Lungs. Boston Med. and Surg. Journal, 1876, Vol. 94.

GEORGI. Ein Fall von primärem Lungencarcinom ohne Metastasen. Berl. Klin. Woch., 1879, N. 28 & 29.

GRUENWALD. Ein Fall von primärem Pflasterepithelkrebs der Lunge. Münch. Med. Woch., 1889, N. 32 & 33.

HAMPELN. Ein Fall von primärem Lungen-Pleura-Carcinom. St. Petersburg. Med. Woch., 1887, N. 17.

JANSSEN. Ein Fall von Lungen-Sarkom mit grasgrünem Sputum. Inaug.-Diss. Berlin 1879.

JACCOUD. Leçons de Clinique Médicale de Paris, 1869, et 2ième edition. Paris 1874.

JAPHA. Ueber primären Lungenkrebs. Inaug.-Diss. Berlin 1892.

KROENIG. Ein Fall von primärem Sarcom der rechten Lunge. Berl. Klin. Woch., 1887, N. 51.

MACALDOWIE. Primary Cancer of the Lungs in a Child 5½ Months Old. Lancet, 1876, II., p. 570.

NEELSEN. Untersuchungen über den Endothelialkrebs. Deutsch. Arch. f. Klin. Med., Vol. 31, 1882.

NUSCHELER. Lungenkrebs bei einem 7-jährigen Mädchen. Schweiz. Corresp.-Blatt, 1875, N. 24.

PETRIAUX. Reflexions sur quelques cas des Tumeurs de la Plévre. Thèse de Paris 1893.

PUECH. Montpellier Medical, 1888.

QUINCKE. Ueber fetthaltige Transsudate. Deutsch. Arch. f. Klin. Med., Bd. 16, p. 121.

QUINCKE. Ueber die geformten Bestandtheile von Transsudaten. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 30, p. 580.

RAMDOHR. Zwei ätiologisch bemerkenswerthe Fälle von Lungengangrän. Deutsche Med. Woch., 1878, p. 78.

REINHARD. Der primäre Lungenkrebs. Arch. d. Heilkunde, Bd. 19, 1878, p. 369.

RIEDER. Zur Diagnose „Neubildung“ bei klinisch-mikroskopischen Untersuchungen vou Transsudaten. Deutsch. Arch. f. Klin. Med., Bd. 54, p. 544.

R. SCHULZ. Das Endothelial-Carcinom. Arch. d. Heilk., Bd. 17.

SCHWALBE. Zur Lehre von den primären Lungen- und Brustfellgeschwülsten. Deutsch. Med. Woch., 1891, N. 45.

STOKES. Diseases of the Chest. New Sydenham Soc. London 1882.

UNVERRICHT. Beiträge zur klinischen Geschichte der krebsigen Pleuraergüsse. Zeitschrift f. Klin. Med., Bd. 4, page 79.

E. WAGNER. Das tuberkelähnliche Lymphadenom. Arch. d. Heilk., Bd. 11, 1870.
WOLF. Der primäre Lungenkrebs. Fortschritte d. Med., Bd. 13, N. 18 & 19, 1895.
WOILLEZ. Dictionnaire de Diagnostic médical. Paris 1870.

Leitartikel.

In diesem Monate wird laut einer uns zugegangenen Notiz die erste Nummer des „Journal of Experimental Medicine" erscheinen, eine Zeitschrift gewidmet der Physiologie, Pathologie, Bakteriologie, Pharmakologie, Physiologischen Chemie, Hygiene und Medicin, herausgegeben von William H. Welch, Professor der Pathologie an der John Hopkins Universität, im Verlag von Appleton & Co., New York.

Man kann dies wohl mit Recht als eine Erscheinung begrüssen, deren Bedeutung in der geschichtlichen Entwickelung der medicinischen Wissenschaft dieses Landes kaum überschätzt werden kann.

Dass das Unternehmen von Erfolg begleitet sein wird, dafür bürgt der Name des wohlbekannten Herausgebers sowie der 12 Mitarbeiter, unter denen wir Namen wie Chittenden, Howell, Prudden, Osler und Pepper finden.

Ausserdem sind eine lange Liste guter Namen angeführt, die gelegentliche Beiträge liefern werden.

Abgesehen hiervon jedoch liegt die wesentliche Bedeutung dieser sicher mit Freuden zu begrüssenden Zeitschrift in der Thatsache, dass hierfür überhaupt hier zu Lande ein Bedürfniss existirt. Es ist dies ein besserer Beweis für das Fortschreiten der wissenschaftlichen Seite der Medicin als alle viel gepriesenen Board of Health-Verfügungen über Schiefertafeln und Buchumschläge.

Es beweist, dass hier wirklich rüstig rein wissenschaftlich gearbeitet wird, dass Laboratorien mit der Zeit entstanden sind, welche geeigneten Leuten die Möglichkeit geben, experimentell zu arbeiten.

Es beweist auch zugleich, dass die durchschnittliche medicinische Erziehung und Auffassung hier eine höhere ge-

worden; denn mit der früheren Ausbildung und einem 3–6-monatlichen Schliff in Deutschland werden wohl kaum die „Forscher" dieses Landes erzogen.

Zur systematischen wissenschaftlichen Arbeit gehört aber nicht bloss die nöthige Begabung, Auffassung und Schulerziehung mit Kenntnissen, man bedarf hierzu entschieden des richtigen Milieus, der gegenseitigen Anregung und Controlle, eben das, was jeder, der sich auch theoretisch-medicinisch beschäftigen wollte, bislang so schwer vermisst hat.

Im Anschlusse hieran möge es uns erlaubt sein, zu betonen, dass wohl die Zeit, wo der praktische Arzt auch der wissenschaftliche Arbeiter sein muss, da andere nicht existiren, vorbei sein dürfte, wie anderwärts auch, wo eben dies mit Recht den Leuten überlassen bleibt, die mit den grossen Bildungsinstituten nicht nur in Verbindung stehen, sondern auch durch dieselben der Sorge und Last einer Praxis zum Theil wenigstens überhoben werden. Es ist deshalb wesentlich, dass gut dotirte Professuren bestehen, resp. errichtet werden, welche, wenn auch nicht überall jetzt schon, so doch sicher in absehbar kurzer Zeit eine ansehnliche Schaar wohl vorbereiteter und geeigneter Arbeiter anziehen und halten werden.

Die angekündigte Zeitschrift wird voraussichtlich dazu dienen, die wissenschaftlichen Arbeiter gegenseitig sich näher zu bringen, und Anregung und Gedankenaustausch zu ermöglichen.

Zugleich wird sie auch die Resultate hiesiger Forschung sammeln und so einen werthvollen Behelf zur Information bilden nicht nur für die speciellen Interessenten, sondern auch für das Ausland, welches gerne die sonst vielfach zerstreuten Beiträge gesammelt sehen wird.

* * *

Der Bericht der Massachusetts-Commission zur Untersuchung der Rinderheerden auf Tuberculose ist äusserst interessant. Jeder moderne Arzt ist sich wohl über die Gefahr der Fütterungstuberculose klar, die eine Zeit lang so ausserordentlich unterschätzt worden ist.

Nach dem gegenwärtigen Stand erscheint es zum mindesten höchst wahrscheinlich, dass das Gros der hereditär nicht praedisponirten Phthisiker vom Darme aus mit Tuber-

culose inficirt werden. Die Frage der Versorgung von Städten mit bacillenfreier Milch (eventuell auch Butter, obwohl die Gefahr hier sicher wegen der Butyrsäure und dem an sich geringen Wachsthum der Bacillen auf Fett viel geringer ist) und gesundem Fleisch ist desshalb von der allergrössten Wichtigkeit.

Es ist nun erstaunlich und betrübend zugleich zu hören, welch enormer Procentsatz von Tuberculose unter den Rindern herrscht. [Die für Massachusetts gegebenen Zahlen stimmen ungefähr mit denen des Staates New York, wo die Untersuchungen noch nicht definitiv genau angestellt sind, überein.]

Vom 5. Juni 95 bis 15. Dezember 95 wurden 3.341 Thiere untersucht, von diesen 26 5% als tuberculös befunden wurden.

Das angewandte Testmittel ist bekanntlich das Koch'sche Tuberculin in der Art angewendet, dass Thiere, welche auf eine Injection reagiren, als tuberculös geschlachtet werden. Die Zuverlässigkeit der Diagnose ist eine solch absolute, dass die Commission, welche ja leicht durch die sofort vorgenommene Section in der Lage ist, sich von der Richtigkeit der Diagnose zu überzeugen, mittheilt, dass die dabei unterlaufenen Fehler 1 : 1000 sind.

Der Bericht weist auch auf das ja bekannte Vorkommen der Tuberkelbacillen im Blute hin, welches durch Fütterungsversuche von Schweinen, die vorher als gesund befunden waren, mit Blut von tuberculösen Rindern praktisch nachgewiesen wurde. Bei diesen Versuchen blieben Controllthiere, mit den anderen gehalten, aber ohne Blutdiät, frei von Tuberculose, wie die Section zeigte. Dies würde unter Umständen von Wichtigkeit sein für die Leute, welche Roastbeef nur wenig gebraten essen. Ausserdem weist die Commission auf die relative Häufigkeit der tuberculösen Erkrankung der Kuheuter hin, eine Thatsache, welche bisher der Aufmerksamkeit mehr oder weniger entgangen zu sein scheint.

Auffallend ist, dass sogenannte „reine“ Racen, wie werthvolle Jersey-Kühe, der Krankheit weniger Widerstand leisten zu können scheinen, was wohl auf die Inzucht zurückzuführen ist.

In Whately waren von 16 „Jersey thoroughbreds“ 15 tuberculös erkrankt.

Die Bemühungen der einzelnen Staaten, die Rindertuberculose möglichst zu beschränken, wenn nicht auszurotten, sind äusserst anerkennenswerthe, und werden auch von Erfolg begleitet sein, da die Viehzüchter jetzt die Gefahr für ihre Herden durch kranke Thiere erkannt haben, und selbst in den Fällen, wo keine Geldmittel mehr vorhanden sind zur Entschädigung der Besitzer, trotzdem die Untersuchung erbitten, nur um die Infectionsquellen aus ihren Herden zu entfernen. Bevor der Ersatz denselben zugeführt wird, müssen natürlich die Ställe einer höchst energischen Desinfection unterworfen werden.

Massachusetts hat zugleich ein Gesetz erlassen, wonach Thiere aus anderen Staaten nur eingeführt werden können, wenn sie die Feuerprobe der Koch'schen Spritze bestehen.

REFERATE.

Krankheiten der Respirationsorgane.

Referirt von Dr. J. W. Gleitsmann.

Nachstehende neun Referate sind über Vorträge, gehalten in der American Laryngological Association, Rochester, N. Y., May 1895.

1. Is Acute Amygdalitis in Any Way Dependent on the Rheumatic Diathesis? Von Dr. G. H. Hope. New York Medical Journal, August 17, 1895.

Hope bestreitet die von vielen Rhinologen acceptirte und auch in Lehrbüchern enthaltene Annahme einer Abhängigkeit von Tonsillitis von rheumatischer Diathese. Unter vielen Fällen von Tonsillitis in seiner Klinik habe er wenige mit rheumatischer Anamnese gefunden, und auch nicht beobachtet, dass solche Patienten, den Anhängern dieser Theorie überwiesen und derzufolge behandelt, schneller genesen wären. Ebenso selten habe er bei Patienten mit öfter wiederkehrenden Attaken eine rheumatische Diathese finden können. Ferner sei Tonsillitis im späteren Lebensalter, das häufiger zu Rheumatismus disponire, seltener. Eitrige Peritonsillitis sei eine infectiöse Erkrankung, auf welche er auch solche Entzündungen nach intranasalen Operationen zurückführt.

Dem Angeführten zufolge spricht sich Hope gegen die allzuhäufige Anwendung von Antirheumatica, wie z. B. Guajac, aus, doch muss Referent bemerken, dass die Verabreichung von Salol, wie schon im Februar 1893 in der Monatsschrift referirt, ihm in vielen Fällen gute Dienste geleistet und den Attak entweder coupirt oder doch abgekürzt hat.

2. Electrolysis by a Current Controller for the Reduction of Spurs of the Nasal Septum. Von Dr. W. E. Casselberry. Ibidem. August 31, 1895.

Der Autor gebraucht den städtischen Strom in Verbindung mit dem Rheostat von McIntosh, und benutzt eine Stärke von 15 bis 40 Milliampères und 10 bis 20 Volts. Er hat von Electrolyse Erfolge gesehen in knorpligen Verdickungen des Septums, welche in ein bis drei Sitzungen von 6 bis 8 Minuten Dauer zerstört wurden. Bei Auswüchsen, aus Knorpel und Knochen bestehend, wurde blos der knorpelige Theil resorbirt; auf Exostosen selbst machte Electrolyse keinen Eindruck.

Er befindet sich demzufolge in seinen Resultaten im Gegensatz mit verschiedenen europäischen Rhinologen, aber im Einklang mit seinen amerikanischen Collegen, welche der Electrolyse nur ein beschränktes Feld zuerkennen.

3. The Treatment of Goitre and Exophthalmic Goitre by Thyreoid Extracts and Desiccated Thyreoids. Von Dr. E. F. Ingals. Ibidem. September 7, 1895.

Ingals hat 6 eigene Patienten mit Armour's Schilddrüsenpräparat behandelt, und ausserdem die Resultate von 44 ihm von anderen Collegen mitgetheilten Fällen zusammengefasst. Von den 50 Patienten wurde bei achtunddreissig der Hals schmäler, von unangenehmen Begleitsymptomen wurde beobachtet: Kopfweh in 18 Prozent, Schwindel in 20 Prozent, Pulsbeschleunigung in 11 Prozent der Kranken.

Er spricht sich dahin aus, dass die unangenehmen Effecte gewöhnlich bei täglicher Verabreichung von 1½ bis 2 Schilddrüsen des Schafes eintreten, dass innere Medication ebenso erfolgreich sei wie subcutane Injection. Man solle ferner nur 2 Gran dreimal täglich im Anfang geben, und man sei berechtigt, by Myxodoem und Struma guten Erfolg zu erwarten.

4. The Influence of Chronic Diseases of the Throat upon Certain Defects of Speech, especially Stammering. Von Dr. D. B. Delavan. Ibidem. September 21, 1895.

Der Einfluss von hypertrophischen Läsionen auf die Stimme, besonders bei Kindern, ist wohlbekannt. Aehnliche Affectionen bedingen im späteren Alter sehr oft eine Relaxation des Halses und vorzüglich des weichen Gaumens — ein Zustand, welcher bei Stotternden

Berücksichtigung verdient und nicht übersehen werden soll. Stotternde, welche sich bereits gebessert haben, sprechen wieder schlechter, wenn sie eine Pharyngitis mit Gaumenerschlaffung acquiriren. Obwohl es nun zweifellos Stotternde mit ganz gesunden Luftwegen giebt, so ist es doch rathsam, Nasen- und Halsleiden derselben zu behandeln, und empfiehlt sich dies besonders, ehe man dieselben zur Heilung ihres Leidens einem Sprachlehrer überweist.

Gurgeln mit kaltem Wasser, der galvanische Strom am weichen Gaumen applicirt, das Singen im Kopfregister sind Massregeln, um die Gaumenmusculatur zu kräftigen.

5. A Case of Melancholia Dependent upon Ethmoid Disease and Cured by Intranasal Operation. Von Dr. F. H. Bosworth. Ibidem. October 12, 1895.

Patient acquirirte Heufieber 1875, und begann 1881 an Melancholie zu leiden, wobei er hauptsächlich über die Sensation, dass die Augenhöhlen zu klein für seine Augen wären, klagte. Er musste sein Geschäft aufgeben, consultirte eine Menge hervorragender Aerzte in allen Specialitäten und unterzog sich willig den unglaublichsten Proceduren, die alle anzuführen zu weit führen würde. Es sei nur erwähnt, dass er sich von einem Homöopathen eine Varicocele operiren liess, ferner eine Strictur; er wurde castrirt, circumcisirt und schliesslich ein gesundes Auge enucleirt.

Bosworth fand eine Spina des Septums, eine Schwellung und Entartung der mittleren Muschel, welche beide er mit so günstigem Resultate entfernte, dass der Patient nach drei Tagen wieder seine Geschäfte aufnahm. Zur Erklärung dieses Resultates ist nicht nöthig, auf Reflextheorien zurückzugreifen, sondern die Erkrankung des Sinus ethmoidalis mit resultirenden Druckerscheinungen und Circulationsstörungen erklärt die Pathologie hinlänglich.

6. A Case of Suppurative Ethmoid Disease, Followed by Invasion of the Sphenoidal Sinus, Abscess of the Brain and Death. Von Dr. F. H. Bosworth. Ibidem.

Patient, von kräftigem Körperbau, hatte seit Jahren linksseitige, seit einigen Monaten rechtsseitige Naseneiterung. Am 27. Januar bekam er heftige Kopfschmerzen ohne Implication der Augen noch des Gehirns. Bei seinem Besuche am 31. Januar fand B. bei Sondirung Necrose in den Siebbeinzellen und schloss aus den Symptomen auf Affection der Keilbeinhöhle. Eröffnung der afficirten Theile gab Erleichterung für wenige Tage; eine zweite Operation am 7. Februar führte keine Besserung herbei. Am nächsten Tage war Patient comatös, mit Temperatur von 106° F., und starb bald darauf.

Obwohl keine Section gemacht wurde, ist B. berechtigt anzunehmen, dass in Folge der lang bestehenden Siebbeinzelleneiterung zunächst die Keilbeinhöhle erkrankte und sich zuletzt ein Gehirnabscess entwickelte.

7. A Further Contribution to the Study of Suppurative Disease of the Accessory Sinuses. Von Dr. J. H. Bryan. Ibidem.

Eine ausführliche erschöpfende Arbeit, die sich hauptsächlich mit Erkrankungen der Siebbeinzellen und der Stirnhöhle befasst, und die von dem sich dafür Interessirenden im Original nachgelesen werden muss, da sie sich nicht gut für ein Referat eignet. Von den angeführten Krankengeschichten ist besonders der vierte Fall von Interesse, welcher Erkrankungen der Kiefer-, Stirnhöhle und des Siebbeins aufwies. Es wurde die erstere zuerst eröffnet, bei Bloslegung der zweiten zeigte sich eine directe Communication zwischen Kiefer- und Stirnhöhle, und da auch bei freier Drainage der letztern die Eiterung nicht cessirte, wurde schliesslich erkrankter Knochen im Siebbein durch die Sonde nachgewiesen und dessen Zellen dann gründlich curettirt mit resultirender permanenter Heilung.

An der Hand von guten Zeichnungen giebt B. gute Winke für die topographischen Verhältnisse dieser Theile und die daselbst vorzunehmenden Operationen.

8. Ludwig's Angina. Von Dr. J. E. Newcomb. Ibidem. Nov. 23, 1895.

N. gibt einen historischen Ueberblick über die Krankheit, führt an, dass Heim schon 13 Jahre vor Ludwig eine ähnliche Erkrankung beschrieben, und weist nach, dass diese Affection, welche mit den verschiedensten Namen belegt wurde, betrachtet werden muss als eine intensive infectiöse Phlegmone, charakterisirt durch ein starres Oedem in der Gegend der Unterkieferdrüse.

Nach Besprechung der Symptome und der Differentialdiagnose analysirt er 58 genauer beschriebene Fälle, 44 Männer, 9 Frauen, 5 Kinder mit 25 Todesfällen.

Die Behandlung nach modernen chirurgischen Principien besteht in frühzeitiger Incision, strengster Antisepsis und allgemein roborirendem Verfahren.

9. Discussion über Tuberculose der obern Luftwege, eröffnet von Drs. Wright, Rice, Shurley und Gleitsmann.

a) Tuberculosis of the Upper Airpassages. Aetiology. Von Dr. J. Wright. Ibidem. Sept. 21, 1895.

Wright wendet sich zunächst gegen die stricten Anhänger der Contagionslehre, die behaupteten, dass infectiöse Microorganismen nie in Personen ohne gleichzeitige Erkrankung gefunden werden, und dass Inoculation stets die Krankheit hervorrufe. Er weist darauf hin, dass der Tuberkelbacillus latent in Drüsen und abgekapselten Heerden in der Lunge existire, dass neuerdings derselbe auch in der Nase gesunder Individuen gefunden worden wäre, und dass der Dyphtheriebacillus im Halse angetroffen werde, ohne dass die Personen erkrankt wären. Desshalb und weil wohl jeder Mensch einmal im Leben

Tuberkelbacillen in sich aufnähme, sind noch andere Postulate erforderlich, um Erkrankung zu erzeugen.

Er ergeht sich dann des Weiteren, welche Schutzmittel der Organismus hat, um gegen eine Invasion von Microorganismen anzukämpfen, und bespricht auf Grund von Untersuchungen Anderer wie von ihm selbst den Bau des Epithels im Larynx und besonders dessen vulnerablen Theilen: der Hinterwand. Dasselbe liegt daselbst in grosser Mächtigkeit, liegt fast in Falten, so dass es bei der durch Husten, Schreien hervorgerufenen Dehnung der Theile nicht einreisst, sondern Schutz für die darunter gelegene Schleimhaut gewährt. Häufige acute Laryngitiden, besonders chronische catarrhalische Processe, führen Veränderungen im Bau des Epitheliums hervor, die dann einer Invasion des Bacillus Vorschub leisten.

b) The Diagnosis of Tuberculosis of the Upper Airpassages. Von C. C. Rice. Ibidem. Oct. 19, 1895.

Tuberculose der Nase ist sehr selten, bei 2176 Sectionen wurde sie blos einmal gefunden. Sie erscheint in zwei Formen: Ulcerationen am Boden und Septum und kleine Tumoren gewöhnlich an den Muscheln.

Pharynxtuberculose fand Louis 4 Mal in 120 Patienten. Sie tritt manchmal als acute miliare Form auf, und können dann miliare Knötchen gesehen werden, ehe Ulceration eintritt. Die Differentialdiagnose von Syphilis und Epithelioma sei nicht schwer, eine Behauptung, der Referent auf Grund einiger Fälle, die auch von anderen Collegen gesehen wurden, nicht so unbedingt beistimmen möchte.

Bei Larynxtuberculose bespricht Rice zuerst die diagnostischen Merkmale in typischen Fällen, dann die Frühsymptome, die auf beginnende Erkrankung hinweisen, ehe Bacillen gefunden werden oder Lungenerkrankung nachgewiesen werden kann, und zuletzt die unregelmässigen schwer diagnosticirbaren Fälle, die entweder mit andern Krankheiten complicirt sind, oder Erscheinungen darbieten, die auch bei anderen Affectionen beobachtet werden.

Als Frühsymptome werden angeführt: Anämie des weichen und harten Gaumens, Verdickung der papillären Schicht im Intraarytaenoidalraum, unvollständiger Schluss der hintern Partie der Stimmbänder auch ohne Gegenwart von Schwellung der Theile, Verdickung der Giessbeckenknorpel, wenn auch geringsten Grades.

Ungewöhnliche Manifestationen sind Adhäsion von sich gegenüberliegenden ulcerirenden Theilen, z. B. des vorderen Drittels der Stimmbänder, von ihm selbst beobachtet, ferner Tumoren, die sich als Granulationsgewebe, warzenförmige Gebilde und als wirkliche (tuberculöse) Tumoren repräsentiren können, von welch letztern schon mehrere längere Zeit vor Ausbruch der Lungenerkrankung extirpirt worden sind.

Die Schwierigkeiten der Diagnose sind auch von Rice in einem früheren Artikel erörtert worden (Monatsschrift, October 1895).

c) Medical Treatment of Laryngeal Tuberculosis. Von Dr. E. L. Shurley. Ibidem.

S. zählt in einem freien Vortrag die Mittel auf, die in den letzten Jahren gegen Larynxtuberculose angewandt wurden. Er befürwortet Klimawechsel, hat in seiner Praxis von Chlorgas und Jodoform gute Resultate bei Ulcerationen gesehen und giebt für Allgemeinbehandlung Injectionen von Jod, innerlich Creosot, Nelkenöl und Cassia. Er empfiehlt forcirte Fütterung, spricht aber nicht zu Gunsten von Alkohol, ebenso nicht von Tracheotomie, Scarificationen oder Curettement.

d) Surgical Treatment of Laryngeal Tuberculosis. Von Dr. J. W. Gleitsmann. Ibidem.

Chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose ist entweder endo- oder extralaryngeal. Die erstere begreift in sich: Incision, Curettement, submucöse Injectionen, Electrolyse, Galvanocaustik; zur letzteren gehören Laryngotomie, Exstirpation des Larynx, Tracheotomie und Intubation.

Da Curettement des Larynx am meisten das Interesse der Laryngologen beschäftigt, beschäftigt sich der Artikel hauptsächlich mit diesem seit 10 Jahren von Heryng zuerst empfohlenen Verfahren. Es werden die von verschiedenen Seiten dagegen erhobenen Einwände erörtert und widerlegt, und dann dessen Vortheile und Indicationen besprochen. Es kann von Curettement nicht erwartet werden, dass es einen directen günstigen Einfluss auf ein zugleich bestehendes Lungenleiden ausübe, aber dass dadurch tuberculöse Laryngitiden geheilt worden sein, unterliege keinem Zweifel, und es habe ein Patient bei mitgeheilter Larynxphthise bessere Chancen für Behandlung und Heilung seines Lungenleidens, als bei gleichzeitiger Erkrankung beider Theile.

Dass Curettement nicht bei allen Fällen anwendbar ist, spricht nicht gegen die Berechtigung der Operation als solcher, da für viele Operationen eine Grenze existirt, deren Ueberschreitung ungerechtfertigt ist.

Curettement von tuberculös infiltrirten Larynxpartien ist wirksamer, rascher in seiner Ausführung und besser in seinen Resultaten als andere Behandlungsmethoden. Entfernung der infiltrirten Hinterwand besonders beseitigt die so schmerzhafte Dysphagia, und ermöglicht wieder Nahrungsaufnahme und dadurch Hebung der Kräfte des Patienten.

Auf die Technik der Operation wird nicht näher eingegangen, die Resultate von Heryng, Krause und Gougenheim, sowie des Verfassers 12 Fälle—darunter 4 mit anhaltender Besserung von 6 bis 10 Monaten—sind wiedergegeben und ist kurz auf einen jetzt 7 Jahre lang durch Curettement und Miletsäure geheilter Fall von primärer Pharynxtuberculose hingewiesen.

Den Artikel beschliesst mit 227 Citaten ein vollständiges Literaturverzeichniss sämmtlicher 9 Unterabtheilungen, aus denen nur erwähnt

werden möge, dass Incisionen schon 1869, die erste Tracheotomie wegen Larynxtuberculose 1834 und 8 totale und 7 partielle Larynxexstirpationen wegen desselben Leidens gemacht worden sind.

10. Condylomata of the Trachea. Von Dr. E. H. Griffin. New York Medical Journal, November 18th, 1895.

Patientin, 30 Jahre alt, klagte über Trockenheit im Halse, Hustenreiz, Anfälle von Dyspnoe, welche Hochlage im Bett und Vorsicht in ihren Bewegungen erheischten. Ihr Hals war stark geschwollen, Druck auf Sternum schmerzhaft. Vor 8 Jahren hatte sie einen Schanker an den Geschlechtstheilen, keine Erscheinungen von Syphilis seitdem.

Untersuchung der Brust war negativ, ebenso von Mund, Nase, Rachen und Kehlkopf. In dem obern Theil der Trachea sah man eine grosse vorspringende Geschwulst mit ulcerirender Oberfläche über zwei Drittel des Lumens der Trachea sich erstreckend und dieselbe beträchtlich im Durchmesser verkleinernd.

Die Kranke erhielt 4 Gramm Jodkali viermal des Tages, und zeigte nach 3 Wochen nur mehr eine kleine Verengerung der Trachea, Abnahme der Schwellung des Halses und Besserung der subjectiven Symptome.

Der Fall ist referirt wegen der Seltenheit von Condylomen der Trachea. Morell Mackenzie sah bloss drei Fälle in 1145 Kranken mit Halssyphilis.

11. A Chemical and Experimental Research on "Antiphthisin" (Klebs). Von E. L. Trudean und E. R. Baldwin. Medical Record, December 21st, 1895.

Trudean stellte im Saranac Laboratorium Untersuchungen mit Antiphthisin an, das er daselbst selbst producirte, und versuchte folgende Fragen zu lösen:

1) Kann aus den reinen Tuberkelbacillenculturen durch chemische Methoden eine specifische Substanz gewonnen werden?

2) Hat Antiphthisin eine keimtödtende Wirkung auf Culturen, die Tuberkelbacillen enthalten?

3) Hat Antiphthisin eine heilende Wirkung auf experimentell erzeugte Tuberculose von Meerschweinchen?

4) Ist das Absterben der Bacillen in überreifen Culturen die Folge der Entwicklung einer specifischen keimtödtenden Substanz oder einer anderen Ursache?

Das Ergebniss seiner Untersuchungen ist kurz gefasst:

1) Antiphthisin ist eigentlich nur stark verdünntes Tuberculin, und seine physiologische Wirkung auf Thiere in grossen Dosen dieselbe wie bei letzterem.

2) Antiphthisin besitzt keinen keimtödtenden Einfluss auf Culturen.

3) Es hat keine Heilkraft in experimenteller Tuberculose von Meerschweinchen.

4) Das Absterben der Bacillen in überreifen Culturen ist wahrscheinlich eher Folge der sich entwickelnden Acidität, als einer keimtödtenden Substanz.

In einem seitdem erschienenen Rundschreiben an Aerzte bestreitet Klebs die Richtigkeit sämmtlicher obigen Folgerungen, zunächst die Art der Darstellung von Antiphthisin, die von der seinigen abwiche und kein reines Präparat ergeben habe, sowie die Gründlichkeit der Thierexperimente. Ferner bleiben seine reinen Culturen stets alkalisch, und habe er jetzt wieder dieselbe Reaction in Culturen, 2 bis 3 Monate alt, nachgewiesen. Eine ausführliche Entgegnung ist in Aussicht gestellt.

Correspondenz.

Die Filtration der Milch durch Watte, und Dr. A. Jacobi's neues Buch.

114 East 57. Str.

Geehrter Herr Redakteur:

In dem eben erschienenen Buch „Therapeutics of Infancy and Childhood," und im ersten Heft der neuen Zeitschrift „Pediatrics" erwähnt Dr. A. Jacobi in einem Kapitel über Säuglingsernährung den von mir angegebenen Infant Feeder (New York Med. Journal, Feb. 1890), und sagt dann von der von mir im Juli 1894 veröffentlichten Methode, Milch vor dem Sterilisiren durch Watte (absorbent cotton) zu filtriren, auf Seite 502 seines Buches wörtlich:

„Sein (Seibert's) Plan — später entwickelt — die Milch vor dem Sterilisiren zu filtriren, ist identisch mit dem von Auerbach empfohlenen."

Als Antwort auf diese Angabe Jacobi's erlaube ich mir hier den folgenden Brief Dr. Norbert Auerbach's in Berlin, welchen ich vor wenigen Tagen erhielt, wiederzugeben:

„Berlin, den 16. Dezember, 1895.

Sehr geehrter Herr College!

Auf Ihr gefl. Schreiben vom 4.12. theile ergeb. mit, dass ich niemals etwas über Filtration der Milch durch Watte veröffentlicht habe. Auch ist es mir nicht in Erinnerung, dass ich derartige Versuche angestellt habe.

Vor Jahren habe ich einige Versuche über Filtration der Milch durch Asbest-Pappe gemacht, habe indess auch nichts veröffentlicht, weil mir für den Grossbetrieb die Reinigung der Milch durch Centrifuge (Milch-Separator) die zweckmässigste und sicherste erscheint.

Für die Uebersendung Ihrer Arbeit besten Dank. Dass ich auf die Sauberkeit der Milch vor der Sterilisirung auch im Haushalte einen

grossen Werth lege, geht aus der von Ihnen citirten, den Therapeutisch. Monatsheften, Januar 1895, entnommenen Notiz hervor.

Mit vorzüglicher Hochachtung,

ganz ergebenst

Dr. Auerbach,

An Dr. A. Seibert, New York. Blumenstrasse 68."

Soweit der Brief Auerbach's. Herr Dr. A. Jacobi war selbst zugegen, als ich im Mai 1894 in der Deutsch-Medicin. Gesellschaft von New York über meine Experimente bei Milchfiltration durch Watte ausführlich berichtete. Eine Unkenntniss meiner Methode ist demnach ausser Frage.

Da A. Jacobi in seinem neuen Buch die Ansichten Norbert Auerbach's sehr häufig erwähnt, so ist eine Unkenntniss der Arbeiten Auerbach's ebenfalls ausgeschlossen.

Eine Beschreibung, oder auch nur eine Andeutung darüber, wie ich die Milch filtrire, giebt A. Jacobi nicht an, im Gegentheil, der Ausdruck absorbent cotton wird stillschweigend übergangen. Literaturangaben werden auch nicht gemacht.

Auerbach's Bemerkung, auf die er sich in seinem Brief bezieht (Therapeut. Monatshefte, Jan. 1895), geht dahin, dass er, ein halbes Jahr **nach** der Veröffentlichung meiner Arbeit, anräth „die Milch entweder zweimal durchzuseihen oder zu centrifugiren".

Aus diesen Thatsachen geht hervor, dass meine Filtrirmethode in Jacobi's Buch nur erwähnt wurde, um dieselbe, als „identisch" mit einer von Auerbach, in den nicht eben ehrenden Geruch eines Plagiats zu bringen.

A. Jacobi's Buch wird viele Leser finden. In den Augen derselben wird mein Name durch diese Kritik einen zweifelhaften Klang bekommen. Ein Lehrbuch wird meist mit Vorsicht geschrieben; seine positiven Angaben werden nie angezweifelt.

Es ist sehr zu wünschen, dass Angaben wie die obige in der Zukunft zu den allerseltensten Vorkommnissen gehören möchten, da die Wissenschaft dadurch behindert und der ärztliche Stand geschädigt werden, und dem Angegriffenen, ausser durch Veröffentlichung der Wahrheit in Zeitschriften, jede Genugthuung abgeschnitten ist.

Achtungsvoll

Dr. A. Seibert.

New York, den 31. Dezember, 1895.

* * *

An die Redaction der „Deutschen Med. Monatsschrift".

Verehrter Herr Redakteur!

Sie haben einen schweren Stand. Jedermann verlangt von Ihnen, dass Sie ihn ernsthaft nehmen.

Ihre Monatsschrift ist also eines von den Journalen, in denen Herr Dr. Seibert seinen Kummer abladet. Er hat mich schon einmal genöthigt, ihm zu erwidern; ich hoffe, dass dieses das letzte Mal sein wird.

Die Worte „später entwickelt" in dem von Herrn Dr. Seibert oben citirten Satze beziehen sich natürlich für jeden Unbefangenen auf seinen von mir auf Dr. Seibert's Ersuchen dem Fabrikanten empfohlenen und dann in den Handel gebrachten Sterilisirapparat, dem ich ausführliches und fast durchweg lobendes Zeugniss ausstelle. (S. 502.) Die „Identität" bezieht sich auf das Filtriren, nicht auf das Filtrum. Ich muss gestehen, dass ich es noch jetzt für gleichgültig halte, welches von den mannigfachen Mitteln gewählt wird. Auerbach erinnert sich nicht, dass er mit Baumwolle Versuche gemacht, er spricht von Asbest, mit dem er viel gearbeitet hat. An die andern Versuche erinnert er sich nicht, und hält es nicht für nöthig, einen Prioritätsschrei auszustossen. In No. 1 1895 der „Therap. Monatsh." sagt er: „Man richtet die Viehställe so ein, dass sie leicht und vollständig gereinigt werden können. Man verabreicht das ganze Jahr weder Grünfutter noch Knollenfrüchte, als Hauptfutter Heu; als Lagerstätte für die Kühe verwendet man am besten die fast keimfreie Torfstreu; man wäscht die Euter der Kühe eine halbe Stunde vor dem Melken und beseitigt den vorhandenen Milchschmutz aus der Milch durch zweimaliges Seihen oder Centrifugiren."

Augenscheinlich liegt Auerbach gar nichts an der Natur des Filtrums. Herr Dr. Seibert legt Werth darauf, dass er Baumwolle empfohlen hat.

Priorität? Hunderte von Apothekern in dieser Stadt haben seit der Existenz von „absorbent cotton" dasselbe Material zur Reinigung ihrer Lösungen benutzt. Keiner von ihnen hat jemals die Prioritätsfanfare geblasen. Meine Köchin benutzt eine Serviette, schreibt aber keine Artikel darüber. Französisches Filtrirpapier leistet dieselben Dienste.

Die Ansicht, dass seine „Filtrirmethode" von mir aus erwähnt wurde, um dieselbe in den nicht eben ehrenden Geruch eines "Plagiats zu bringen", ist krankhaft. Von "Plagiat" konnte schon keine Rede sein, weil in der That Herrn Dr. Seibert's Empfehlung von Baumwolle dem Artikel Auerbach's vorausgeht.

Was mich betrifft, so habe ich wirklich geglaubt, Herr Dr. Seibert würde in der Thatsache, dass ich ihn überhaupt, und zumal in einem Athem, mit einem namhaften Autor citirt habe, einen weiteren Beweis dafür finden, dass ich ihm mein seit zehn Jahren thatkräftig und förderlich bewiesenes Wohlwollen noch immer bewahre. Ich habe mich geirrt. Achtungsvoll

Dr. A. Jacobi.

110 West 34. Str., Jan. 15. '96.

* * *

Antwort auf obigen Brief.

Werther Herr Redacteur!

Um seinen Rückzug zu verdecken, schiebt Dr. Jacobi hier die durch Watte filtrirenden Apotheker New York's und seine serviettenschwingende Köchin vor, und versucht dadurch mich in einen Priori-

tätsstreit zu verwickeln. Meine persönliche Erfahrung jedoch behütet mich vor der Unklugheit, solchen Gegnern gegenüber zu treten, im Gegentheil, ich erkenne mit Vergnügen die Wattefiltrirfähigkeit der Apotheker und die Serviettenpriorität der bewussten Köchin an.

Schleierhaft bleibt mir aber die „Identität" der Kuhmilch mit in Apotheken bereiteten Lösungen, und die einer Serviette mit einem Wattescheibchen, es sei denn, dass man bei ersteren diese „Identität" nur auf den flüssigen Zustand von Milch und Lösung, und bei letzteren nur auf die weisse Farbe von Serviette und Watte bezieht. Nach dem Ausspruch Jacobi's, dass sich in obiger, identificirenden Kritik meines Filtrirplanes „die Identität auf das Filtriren, nicht auf das Filtrum bezieht", erscheint wohl diese Auslegung nicht unwahrscheinlich.

Einen dritten Bundesgenossen für seine Anschauung, dass „es ihm noch jetzt gleichgültig sei, welches von den mannigfachen Mitteln (zum Filtriren) gewählt wird", ruft Dr. Jacobi mit folgenden Worten auf: „Französiches Filtrirpapier leistet dieselben Dienste".

Dieser positive Ausspruch bewog mich, sofort mehrere (vier) Versuche mit dem besten französischen Filtrirpapier anzustellen, und es ergab sich, dass dasselbe alle 5—30 Secunden einen ganzen Tropfen Milch hindurchlässt. Als Durchschnitt alle 15 Secunden einen Tropfen gerechnet, ergiebt als Filtrationsdauer für ein Quart Milch 42 Stunden. Demnach muss ich obige Behauptung dahin modificiren, dass französisches Filtrirpapier zum Zweck der Milchfiltration absolut untauglich ist.

Angesichts der Ergebnisse dieser Controverse wundere ich mich nicht, dass Dr. Jacobi meine schlussfolgernde Ansicht für „krankhaft" hält. Die Erinnerung an das herzliche, uneigennützige und anregende Wohlwollen, das mir Dr. Jacobi bis vor fünf Jahren stets zeigte, machte mir die Pflicht, meinen ehrlichen Namen zu vertheidigen, sehr schwer. Achtungsvoll

New York, 16. Januar 1896. A. Seibert.

Therapeutische Notizen.

Die Verordnung von Sennesblättern bei Kindern. Bekanntlich ist es häufig schwierig, Kindern Abführmittel beizubringen. Die „Therapeut. Monatshefte" (December) bringen deshalb eine Vorschrift Schoenlein's in Erinnerung, welche gänzlich in Vergessenheit gerathen zu sein scheint. Die gepulverten Sennesblätter werden mit Pflaumen und der nöthigen Menge Wasser gekocht. Nach dem Kochen wird die erhaltene Brühe durch einen Durchschlag gerieben. Diese Pflaumensuppe wird von Kindern gerne und ohne zu wissen, dass sie Arznei bekommen, genommen und wirkt sehr prompt.

— Warm empfohlen wird das Nitroglycerin gegen Ischias. In drei Fällen, wo bereits sämmtliche anderen Mittel ohne Erfolg ange-

wandt waren, trat nach jenem Mittel bei zweien vollständige Heilung, beim dritten erhebliche Besserung ein. Man verordnet es entweder in einer alkoholischen einprocentigen Lösung, täglich drei Tropfen, oder in folgender Form:

Sol. Nytroglycerin. in spirit. (1%) 5,0.
Tinct. Capsic. 7,5.
Aqu. Menth. pip. 15,0.
Dreimal täglich 5—10 Tropfen.

(„Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte", 1895, Nr. 8.)

Allerlei.

(Universitäts-Nachrichten.) Berlin. Dem Privatdocenten der Gynäkologie in der medicinischen Facultät Dr. Dührssen ist der Titel „Professor" beigelegt worden.—Göttingen. Universitätsfrequenz 870, dazu 56 nicht immatriculirte Hörer, darunter 31 Damen. Somit Gesammtzahl der zum Vorlesungenhören Berechtigten 926. Von den immatriculirten Studenten gehören 219 der medicinischen Facultät an. Die Frequenz hat gegen die vorhergehenden Wintersemester erheblich zugenommen. — Kiel. Privatdocent Dr. Karl August Bier, z. Z. Vertreter des Geh.-Raths v. Esmarch, ist zum Extraordinarius der Chirurgie ernannt worden. — München. Am 30. November v. J. habilitirte sich der Assistent der chirurgischen Poliklinik Dr. Ludwig v. Stubenrauch für Chirurgie mit einer Probevorlesung über Pathologie und Therapie der acuten Darmobstruction. Die Habilitationsschrift führt den Titel: „Untersuchungen über die Festigkeit und Elasticität der Harnblase mit Berücksichtigung der isolirten traumatischen Harnblasenzerreissung". — Wien. Dr. Viktor v. Hacker ist zum ordentlichen Professor der Chirurgie an der Universität Innsbruck ernannt worden.

(Todesfälle.) In Moskau starb als Opfer seines Berufs Dr. A. J Woïtow, Professor der Bakterienkunde an der dortigen Universität. Dr. Woïtow inficirte sich bei der Arbeit im Laboratorium mit einer virulenten Bakteriencultur.

— Berlin. Prof. Ehrlich hat vom vorgesetzten Minister den Lehrauftrag erhalten, die specielle Pathologie und Therapie in Vorlesungen und Uebungen zu vertreten. Für die Zwecke seiner wissenschaftlichen und lehramtlichen Arbeiten und Uebungen sind demselben entsprechende Räumlichkeiten in der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zugewiesen. — Professor König hat am 3. December seine Vorlesungen in der Charité eröffnet.

— Breslau. Prof. Neisser wurde zum Geheimen Medicinal-Rath ernannt.

— Der Nachfolger König's in Göttingen ist der Königsberger Chirurg Prof. Braun.

— Paris. Zu auswärtigen correspondirenden Mitgliedern der Académie de Médecine wurden vorgeschlagen: an erster Stelle Nencki-Petersburg; an zweiter Stelle Ludwig-Wien; an dritter Stelle Bunge-Basel.

— Prag. Dr. J. Gad, ausserordentlicher Professor an der Universität Berlin und Vorsteher der experimentell-physiologischen Abtheilung der physiologischen Universitäts Anstalt, ist als ordentlicher Professor der Physiologie und Director des physiologischen Instituts an die deutsche Universität berufen worden. Er tritt bei dieser an die Stelle Professor Hering's, der den durch Ludwig's Tod erledigten Lehrstuhl der Physiologie in Leipzig übernommen hat.

— Paris. Der grosse Diphtheriepreis von 50,000 Fr. wurde von der Akademie der Wissenschaften zur Hälfte dem Prof. Behring, zur andern Hälfte dem Prof. Roux in Paris zugesprochen.

— Heidelberg. In der medicinischen Facultät der Universität habilitirte sich Dr. Ernst Göppert für das Fach der Anatomie. — An der hiesigen Universtät ist ein zahnärztliches Institut unter Leitung Dr. Jung's errichtet worden.

— Kiel. Geheimrath Prof. v. Esmarch wurde aus Gesundheitsrücksichten auf unbestimmte Zeit beurlaubt. Dr. Bier ist vom Cultusminister mit der Vertretung des Directors der chirurgischen Klinik betraut worden.

— Strassburg. Als Privatdocent für Hygiene und Bakteriologie hat sich Dr. Scheurlein habilitirt.

— Tübingen. Prof. Dr. v. Hüfner (physiol. Chemiker) hat einen Ruf nach Strassburg an Stelle des verstorbenen Prof. Hoppe-Seyler erhalten.

— Die Berliner medicinische Facultät hat dem vom Minister gegen Prof. Krause angeordneten Disciplinarverfahren Folge gegeben und beschlossen, die von Prof. Krause dem Minister ertheilte Antwort durch einen Verweis zu rügen. Prof. Krause hat in einem Schreiben an die Facultät gegen den Verweis Protest erhoben und seinen Austritt aus dem Lehrkörper angezeigt.

— Nach dem Ableben des Herrn Prof. Moos in Heidelberg ist die Redaction der seither von ihm redigirten deutschen Ausgabe der von Prof. Knapp in New York begründeten „Zeitschrift für Ohrenheilkunde" an die Herren Prof. Körner in Rostock und Dr. Arthur Hartmann in Berlin in der Arbeitstheilung übergegangen, dass Prof. Körner die Redaction der Originalbeiträge, Dr. Arthur Hartmann die der Berichterstattung, einschliesslich der Berichte über Versammlungen übernommen hat.

— Unter dem Ehrenvorsitze des Reichskanzlers Fürsten Hohenlohe hat sich ein Central-Comité zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke in Deutschland gebildet. Im Anschluss an das Central-Comité sollen überall im Reiche Provinzial- und Orts-Comités geschaffen werden. Das Reichs-Comité will nicht selbst Heilstätten errichten, es will vielmehr nur die Begründung solcher Heilstätten fördern, einmal durch sein Ansehen, sodann aber dadurch, dass es die durch Sammlungen aufgebrachten Gelder den Sondervereinen zur Errichtung von Heilstätten hergibt; ausserdem will das Central-Comité Schaffung oder Unterstützung solcher Heilstätten durch die Krankenkassen, die Alters- und Invaliditäts-Versicherungsanstalten und die Ortsarmenverbände in die Wege leiten.

— München, 17. Dec. Unter dem Namen „Biologische Abtheilung des Aerztlichen Vereins Hamburg" hat sich innerhalb des grossen Hambur-

ger ärztlichen Vereins eine Section gebildet, welche sich die Erörterung physiologischer, pathologischer, mikroskopischer und bakteriologischer Fragen in Vorträgen, Demonstrationen und Diskussionen zur Aufgabe stellt. Der neuen Vereinigung gehören fast alle Aerzte der Hamburger Krankenhäuser und Leiter wissenschaftlicher Institute an. Vorsitzende sind Dr. Unna und Prof. Lenhartz. Durch Beschluss der Vereinigung wurde die „Münchener Med. Wochenschrift“ als officielles Publicationsorgan bestimmt.

(„Münch. Med. Wochenschr.“)

— London. Das College of Physicians sowohl wie das College of Surgeons haben das Gesuch der Mrs. Garnet Anderson, der Gründerin der Medical School for Women, um Zulassung der weiblichen Medicinstudirenden zu den Prüfungen und Graden der betreffende Collegien nach längeren Berathungen mit einer Majorität von nur 9, bezw. 10 Stimmen abgelehnt. Die London University hat dagegen Frauen zum Studium und den Prüfungen zugelassen. („Allg. Ztg.“)

— Den Landrath von Oberbayern beschäftigte in seiner jüngsten Sitzung ein Schreiben des Prof. Grashey an die Regierung von Oberbayern, in welchem er es für unmöglich erklärte, dass auch künftighin die Direction der Kreis-Irrenanstalt und die Professur für Psychiatrie wie bisher in einer Person vereinigt bleiben, ohne schwere Schädigung der einen oder der anderen Stellung. Er schlug vor, die beiden Stellungen vollständig zu trennen oder neben dem jetzigen Director noch einen zweiten Director aufzustellen. Der Landrath schloss sich einstimmig dem Antrage des Landrathsausschusses an, wonach die vollständige Trennung der Professur für Psychiatrie und der Direction der Kreis-Irrenanstalt sowohl räumlich wie in der Person durchzuführen und dem Professor der Psychiatrie das Recht einzuräumen sei, das Krankenmaterial der Irrenanstalt zum Unterricht zu benützen. In der Discussion hob Prof. Bollinger als Vertreter der Universität hervor, die Anforderungen an den psychiatrischen Unterricht seien in den letzten Jahren sehr gestiegen und würden voraussichtlich noch mehr steigen, nachdem zu erwarten sei, dass die Psychiatrie demnächst als obligatorischer Lehrgegenstand in den Lehrplan aufgenommen und der Approbations-Prüfung angefügt werde; er spricht sich demnach für Trennung der beiden Stellungen aus, da durch Aufstellung eines 2. Directors nur eine ungenügende Entlastung herbeigeführt werde und überdies leicht Conflicte entstehen könnten. Grashey begebe sich durch seinen Vorschlag eines grossen Rechtes und verzichte auf bedeutende materielle Vortheile. Mit Bezug auf den freiwilligen Verzicht Prof. Grashey's auf eine so angesehene Stellung und die damit verbundenen materiellen Vortheile sprach auch der Referent über die Angelegenheit, Dr. Jochner, demselben die grösste Hochachtung und den steten Dank des Landrathes aus.

(„Münch. Med. Wochenschr.“)

— In der am 22. November abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien zeigte Professor Kaposi eine Kranke, welche einen sehr interessanten Beitrag zur Entstehung der Hautsarkome liefert. Die 49jährige Patientin leidet seit Februar des Vorjahres an Pemphigus und befindet sich seit August l. J. in Spitalsbehandlung. Am Rande der

einzelnen Blasen bildeten sich neue Bläschen, so dass die ringförmige oder auch serpiginöse Form der Psoriasis resultirte. Das ist ein bekanntes Bild, ebenso dass sich die Blasenränder stellenweise über das Niveau hervorwölbten und dass sich diese Partien teigig anfühlten. Durch die Vorwölbung des Papillarkörpers bekommt das Ganze dann ein drüsiges Ansehen, randständig bilden sich wieder neue Bläschen — Pemphigus vegetans nach Neumann. Gleichzeitig bilden sich aber auch — und das ist das Interessanteste des Falles — zahlreiche, bis nussgrosse Geschwülste, welche sich zum Theile wieder rasch zurückbildeten, so dass bloss ein Pigmentfleck die Stelle der Geschwulst zeigt; einzelne Knoten dagegen persistirten und besitzen nun Buckel oder Einkerbungen; sie sehen Paradiesäpfeln ähnlich, kurzum sie zeigen das Bild, welchem man bei der sogenannten Sarcomatosis cutis begegnet.

(„Wiener Med. Woch.")

— In das Capitel „Aerztliche Reclame" gehört auch der Antrag, den die mährische Aerztekammer vor den am 5. October lauf. Jahres abzuhaltenden Aerztekammer-Tag behufs Annahme bringen wird. Er lautet: „Das Herumziehen von Aerzten zum Zwecke der Abhaltung von populären medicinischen Vorträgen, wenn damit nachweisbar das Abhalten von Ordinationsstunden im Absteigequartier oder an anderen Orten verbunden ist, wird für unehrenhaft und den ganzen Stand schädigend erklärt, und empfiehlt der Kammer-Tag den einzelnen Kammern, durch die politischen Behörden von einem solchen Arzte den Nachweis der Praxisberechtigung in Oesterreich strengstens zu verlangen, andererseits denselben zur ehrenräthlichen Verantwortung zu ziehen."

— Das Deutsche Hospital in London hat am 15. October 1895 sein fünfzigjähriges Bestehen gefeiert.

— Ueber Sonnendesinfection. E. v. Esmarch erinnert in der „Zeitschr. f. Hygiene" daran, dass Pelze, Leder, Polstersitze, fournirte Möbel u. s. w. mit den gebräuchlichen Desinfectionsmitteln nicht behandelt werden dürfen, weil sie dadurch völlig verdorben werden. Dass die Sonne ein wirksames Desinfectionsmittel zur Abtödtung von Bacterien ist, wurde schon mehrfach festgestellt, doch fehlte es bisher an systematischen Prüfungen darüber, ob die Sonne auch zur Desinfection von Stoffen, wie Kleider, Möbel, Betten zu gebrauchen ist. Esmarch hat nun nachgewiesen, dass den Sonnenstrahlen für den obengenannten Zweck zwar eine desinficirende Wirkung zukommt, dass sie aber kein brauchbares Desinfectionsmittel sind, da sie wohl oberflächlich haftende Infectionskeime durch mehrstündige Einwirkung tödten, nicht aber die tiefer haftenden.

Hierzu schreibt das „Korrespondenzblatt für Königreich Sachsen":

„Aber Herr Doctor! Da haben sich unsere Hausfrauen auf sehr einfache Weise zu helfen gewusst. Sie legen die Polstermöbel und Betten nicht bloss in die Sonne, sondern klopfen und schütteln sie auch tüchtig auf. Dadurch werden auch die tieferhaftenden Infectionskeime an die Oberfläche gebracht."

"The College and Clinical Record" wird in Zukunft unter dem Namen erscheinen: "Dunglison's College and Clinical Record: a Monthly Journal of Practical Medicine".

Büchertisch.

The Therapeutics of Infancy and Childhood. By Abraham Jacobi, M. D., Clinical Professor of the Diseases of Children in the College of Physicans and Surgeons (Columbia), New York.

Zur Jahreswende finden wir auf unserem Büchertisch ein Werk Dr. Abraham Jacobi's, in welchem der Verfasser die Erfahrungen einer 40-jährigen ernsten Thätigkeit als Arzt, soweit sie auf die Pflege und Behandlung gesunder und kranker Kinder Bezug haben, niedergeschrieben hat.

Das Buch von 500 Seiten erscheint in 8°-Format, in gefälliger und solider Ausstattung und ist vom Autor seinem langjährigen klinischen Mitarbeiter und Assistenten Dr. F. Huber gewidmet.

In der Vorrede betont der Verfasser, dass nicht allein durch Diät und Hygiene, sondern auch durch die verständige und ehrliche Anwendung von Arzneimitteln viel Gutes erreicht werden kann, und auf Grund dieser Ueberzeugung habe er sich entschlossen, ein compactes Bild der Therapie des Kindesalters, wie er sich dasselbe denkt, zu veröffentlichen.

Da wir annehmen, dass eine Besprechung des Inhaltes dieser Arbeit unserem Leserkreis willkommen sein dürfte, so möge dieselbe hier erfolgen.

Das Buch ist in 16 Capitel eingetheilt, die drei ersten enthalten allgemeine therapeutische Betrachtungen und Rathschläge — die folgenden 12 sind der speciellen Therapie gewidmet — am Schlusse finden wir einen Anhang nebst Register.

Capitel I. Fütterung kranker Kinder. Der Autor weist darauf hin, dass Excesse in Baccho et Venere, sowie Missbrauch von Narcoticis bei Kindern nicht in Betracht kommen und betont, dass in der Mehrzahl der Fälle Milchfütterung bei inficirtem Magen und Darmcanal contraindicirt ist, dass hingegen chronische Fieberzustände recht gut (wie auch bei Erwachsenen) eine liberale Diät vertragen.

Was ein Kind isst, ist weniger wichtig, als was es verdaut. Die Verdauung erfordert beständige Ueberwachung und das Individualisiren ist bei der Wahl der Nahrung stets wichtig. Hieran schliessen sich interessante Daten über die diastatische Wirkung der Parotiden, Submaxillardrüsen und des Pancreas, sowie über das zeitliche Auftreten von Milchsäure in freier Salzsäure im Magen.

Alsdann bespricht Jacobi die Verwerthung von Wasser, Zucker, Chlor, Natrium, Stärke, Alkohol, Fett, Casein etc. im Organismus und giebt Diätregeln für acute und chronische Gastrointestinalkrankheiten, allgemeine und specielle Störungen, Infectionskrankheiten und dergleichen.

Capitel II. Behandlung der Neugeborenen. Hier werden die Zustände besprochen, welche die Aufmerksamkeit des Arztes

engagiren, sei es direct nach der Geburt oder im Verlauf der ersten Wochen. Asphyxie und Lungenatelektase werden gründlich besprochen.

Rhythmische Zungentraction bei Asphyxie ist an dieser Stelle nicht erwähnt — findet sich jedoch im Anhang — Haematome, Sclerem, Nabelstrangbehandlung, Icterus, Melaena, Trismus, Tetanus, Blenorrhoea etc. finden in diesem Abschnitt therapeutische Würdigung, der Vollkommenheit halber dürften noch einige Angaben über Mundtoilette, Excoriationen und Kleidung willkommen sein.

Capitel III. Allgemeine Therapie. In diesem Capitel tritt uns speciell die Eigenart des Autors, die Würdigung der Prophylaxe, die breite Auffassung der Krankheit im allgemeinen in jeder Zeile entgegen.

Jacobi sagt: Die Behandlung ausgesprochener Symptome ist keine Therapie. Späte Stimulation bei ausgesprochenem Collaps ist verfehlt.

Sodann: Schulkinder sollten vom 15. Juni bis 1. October Ferien haben, man belaste sie weniger mit Büchern und gebe ihnen mehr Spielraum im Freien etc. Medicin für Kinder sollte wohlschmeckend sein, auch verfehlt sie ihren Zweck, sobald sie die Verdauung stört. Medicamente sollten viel häufiger per rectum oder subcutan zur Anwendung kommen.

Zum Schlusse werden Inhalationen (Cloroform), Gurgeln, Hautreize und locale Blutentziehung besprochen.

Specielle Therapie.

Capitel IV. Constitutionelle Erkankungen. Anaemie ist weniger ausführlich bearbeitet. So fehlen z. B. specielle Angaben über Chlorose, ferner vermissen wir eine kurze Besprechung der organischen Eisenpräparate, welche seit der Arbeit Bunge's vielfach in Anwendung gekommen sind. Die Wichtigkeit einer cansalen im Gegensatz zu einer directen Behandlung anaemischer Zustände wird trefflich erläutert.

Scrophulose Zustände, welche in den letzten Jahren vielfach unter „Tuberculose" rubricirt werden, hat Dr. Jacobi separat besprochen. Er empfiehlt die Extirpation von infiltrirten Drüsen, sowie Eisen-, Jod-, Phosphor-, Seeluft-, Salzbäder. Bei Besprechung der Tuberculose wird vor allem deren Verhütung betont. Das Sterilisiren der Milch mache eine Infection auf diesem Wege unmöglich. Für Prophylaxe und Behandlung sei ein trockenes Höhenclima zu empfehlen — bei Anhäufung vieler Menschen an einem Curort hört die Immunität der Gegend auf. Der Autor hat bezüglich der Wirksamkeit des Arsens gegen Tuberculose gute Resultate gesehen und empfiehlt Naphthalin bei Tuberculose des Darmes.

Dieser Abschnitt liefert uns ferner eine eingehende und praktische Deutung rachitischer und syphilitischer Zustände und schliesst mit einer Besprechung der haemorrhagischen Diathese und des Diabetes.

Capitel V. Infections-Krankheiten. Malaria und Typhoid werden ihrer Bedeutung gemäss gründlich erörtert. Die Indicationen für warme und kalte Bäder, sowie für die Anwendung antipyretischer Arzneien werden präcisirt und frühzeitige Herzstimulation empfohlen. Eine kurze Besprechung der Wichtigkeit der Untersuchung auf „Plasmodium" sollte hier nicht fehlen. Die locale Behandlung des Darmes bei Cholera und membranöser Enteritis wird warm empfohlen.

Scharlach und Diphtherie werden nach jeder Richtung hin gründlich besprochen, strenge Quarantaine, persönliche Prophylaxe und milde, locale Behandlung werden verlangt.

Die Serum-Therapie findet sich im Anhang bearbeitet und günstig beurtheilt.

Die Häufigkeit des Rheumatismus bei Kindern wird erwähnt, sowie die Schwierigkeit der Diagnose in Abwesenheit von localen Entzündungserscheinungen und hoher Temperatur, speciell bei Monarthritis.

Pertussis zu verhüten, sei schwierig — die den Keuchhusten begleitende Stomatitis erfordere energische Behandlung. In diesem Abschnitt wird ausserdem die ärztliche Ueberwachung bei Masern, Rötheln, Mumps, Variola, Varicellae und Erysipel besprochen. Bei letzterer Erkrankung hält Jacobi die Incisionen in die gesunde Zone für brutal und erfolglos.

Capitel VI. Den Krankheiten der Digestionsorgane sind 50 Seiten gewidmet, worin deren diätetische, mechanische und arzneiliche Behandlung detaillirt besprochen wird. Die Reduction der Albuminate bei der Kuhmilchfütterung durch Verdünnung bei gleichzeitiger Erhaltung eines genügend hohen Fettgehaltes sei der leitende Gedanke bei der künstlichen Fütterung. Für das Sterilisiren, Pasteurisiren und Peptonisiren der Milch werden die Indicationen angegeben.

In diesem Abschnitt werden ferner besprochen; Peri- und Paratyphlitis, Invagination, Helminthiasis, Hernia, Prolapsus et Fissura ani, Lebercirrhose und Peritonitis.

Capitel VII behandelt die Harn- und Geschlechtsorgane und liefert viele interessante Angaben über Harnsäure-Infarct, Haematurie, Haemoglobisiurie, Nephritis, Incontinenz, Phimosis und Vulvovaginitis.

Hierauf folgt Capitel VIII über Krankheiten der Respirationsorgane.

Bei der acuten gefahrdrohenden Larynxstenose, ist Jacobi mit Recht ein warmer Befürworter der Intubation nach O'Dwyer. In Fällen von acuter fibrinöser Pneumonie, wird Isolirung des Kranken angerathen. Eine Beeinflussung des Temperaturverlaufes durch Arzneimittel, bei guter Morgenremission, sei unnöthig und contraindicirt.

Bei kalten Extremitäten gebe man keine kalten Bäder, bei drohendem Collaps frühzeitig Digitalis, Strychnin, Nitroglycerin.

In derselben vorzüglichen Weise wird Pleuritis und Empyem besprochen, wobei es erwähnt werden muss, dass man in den letzten Jahren von der empfohlenen Irrigation des Thoraxraumes abgekommen ist.

Im Capitel IX, in welchem die Krankheiten der Circulationsorgane behandelt werden, betont Jacobi die Wichtigkeit einer passenden Nahrung für Herzkranke und empfiehlt aus angegebenen Gründen mehr Albuminate, weniger Fett und Stärke. Digitalis wirkt auf Herz und Gefässe und wird von Kindern gut vertragen. Die gute Wirkung des Caffein, Natr. benzoicum bei Lungenödem wird hervorgehoben.

Die Nervenkrankheiten im Capitel X werden uns übersichtlicher and praktischer vorgeführt, als in vielen Specialbüchern. Jabobi ist von den therapeutischen Erfolgen der elektrischen Behandlung wenig befriedigt und verwirft Craniotomie und Craniektomie bei Idiotismus. Die Lumbalpunction nach Quincke wird erwähnt, sowie das häufige Vorkommen des Pneumococcus bei der Cerebro-spinal Meningitis. Cretinismus und dessen Behandlung mit Thyreoid-Extract findet Würdigung. Jacobi findet nicht, dass das Heirathen unter Blutsverwandten Geisteskrankheiten nach sich ziehe, falls hereditäre Belastung ausgeschlossen sei. Zum Schlusse dieses interessanten Abschnittes findet sich eine Bemerkung über das Stottern.

Capitel XI. 20 Druckseiten sind der Hauthygiene und Therapie gewidmet, wobei die allgemeine sowie locale Behandlung derjenigen Hautaffectionen beleuchtet wird, die dem praktischen Arzt häufiger vorkommen.

In derselben übersichtlichen und fasslichen Weise deponirt der Verfasser seine Erfahrungen betreffs der Augen- und Ohrenläsionen bei Kindern in Capitel XII und XIII.

Capitel XIV bespricht Myositis, rachitische Pseudoparalyse und Torticollis und ähnliche Zustände.

Capitel XV handelt von Gelenksaffectionen, speciell über operative Behandlung der congenitalen Hüftgelenkluxationen, über Jodoform-Therapie bei Gelenkstuberculose. Die von Bier mit Erfolg geübte passive Hyperaemie findet Erwähnung und die Wirkung des Guajacole günstige Beurtheilung.

Im Schlusscapitel (Anhang) finden sich u. a. eine Besprechung der Myxoedem-Therapie und Behring's Diphtherie-Therapie, sowie eine Abhandlung über die modernen Methoden der Milchpräservation und Modification.

Aus der ausgeführten Skizze des Inhaltes ist ersichtlich, dass der Verfasser ein Buch geschaffen, welches uns eine Fülle von Anregung und Belehrung entgegenbringt und fast die Dignität eines Textbuches erreicht, da es sich nicht allein mit Therapie, sondern auch mit Aetiologie und Symptomatologie befasst. Das Werk ist in erster Linie für den denkenden Arzt geschrieben, aber auch dem wenig erfahrenen Therapeuten mit der Divise: „Variatio delectat" können wir die Lectüre des Buches (behufs Ablenkung auf bessere Bahnen) empfehlen. Dr. Jacobi's Buch ist ein werthvolles und gehört auf den Arbeitstisch des praktischen Arztes. A. Caillé.

Eingesandt.

Therapeutics of Infancy and Childhood by A. Jacobi, M. D., Clinical Professor, etc. Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1896. (Besprechung siehe Seite 611).

Grundriss der pathologischen Anatomie. Von Prof. Dr. R. Langerhans, Berlin. S. Karger.

Studien über die Pharmakodynamik des Schwefels. Von Dr. Hugo Schulz. Greifswald. Julius Abel.

Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz.

III. Reihe, Heft 2. Untersuchungen über die Dauer des Sterilisationsprocesses im gespannten Dampfe, etc. Von Dr. Theodor Christen.

Heft 3. Ueber die Folgen künstlicher Lungenembolie bei Kaninchen. Von Dr. Otto Gsell, St. Gallen.

Heft 4. Ueber Dementia senilis. Von Dr. Jean Wötzli, Zürich.

Heft 5. Klinische Beiträge zur Hammentachographie. Von Dr. Alb. Rüedi, Bern.

Heft 7. Beiträge zur Pathogenese und zur Radicaloperation des Mittelohr-Cholesteatoms. Von Dr. J. Morf, Winterthur.

Heft 6. Ueber die Therapie des Tetanus, etc. Von Prof. Sahli, Bern.

Heft 8. Beiträge zur Schilddrüsenfrage. Von Dr. Otto Lang, Bern.

Die Behandlung der Gaumenspalten, etc. Von Heinrich Brugger, Zahnarzt in Kreuzlingen. Basel und Leipzig, Carl Sallmann.

Sämmtlich durch Lemcke und Büchner (B. Westermann & Co.) übersandt:

Berliner Klinik. Heft 88. Die Behandlung der ektopischen Schwangerschaft, etc. Von L. Prochownik, Hamburg.

Heft 89. Behandlung der Gelenktuberculose mit Stauungshyperämie. Von August Bier, Kiel

Heft 90. Ueber Gefässveränderungen bei syphilitischen Augenerkrankungen. Von Dr. Alexander, Aachen.

Practical Urethroscopy, by H. R. Wossidlo, Berlin, Germany. Reprint from Medical Record. Sept. 7. 1895.

Urethroscopy in Chronic Urethritis, etc. By Fred C. Valentine, M. D. Reprint from Medical Record. Aug. 3. 1895.

Craniectomy—an Improved Technique. By A. H. Meisenbach, M. D. Reprint from the Journal of the American Medical Association. Aug. 31. 1895.

An die Leser.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

OTTO G. T. KILIANI,

133 E. 57. Str.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

herausgegeben von

Dr. E. Bachmann, Dr. J. Brettauer, Dr. A. F. Buechler, Dr. A. Caillé, Dr. F. Foerster, Dr. E. Fridenberg, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Lange, Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. F. Schwyzer, Dr. G. Seeligmann, Dr. A. Seibert, Dr. G. Troje.

Redigirt von

Dr. OTTO G. T. KILIANI.

Bd. IX. New York, 20. Februar 1896. No. 2.

ORIGINALARBEITEN.

Aufblähung des Rectums mit Kohlensäure, ein Mittel den Keuchhusten zu behandeln. *)

Von Dr. A. Rose.

Seit dem Jahre 1887 hat Bergeon die Kohlensäure zur Behandlung des Keuchhustens verwendet. Er gebraucht den bekannten von ihm erfundenen Apparat zur Aufblähung des Rectums mit dem Gase und giebt etwas umständliche Verhaltungsmaassregeln.

Die Anwendung des Verfahrens soll sofort nach einem Hustenanfall geschehen, vorausgesetzt, dass drei Stunden nach der letzten Mahlzeit verstrichen sind. Das Kind darf jedoch sogleich nach der Aufblähung essen, da die Einführung der Kohlensäure in den Darmcanal keinerlei Verdauungsstörungen verursacht. Es sollen zwischen den einzelnen Aufblähungen mindestens 4 Stunden verstrichen sein. Bergeon behauptet, dass auch die schwersten Fälle unter dieser Behandlung in einer Woche geheilt werden.

Ueber sein Verfahren hat er viel geschrieben und gesprochen, hat aber keine Anhänger gefunden. Der Grund hiervon ist wahrscheinlich darin zu finden, dass man eine Zeit lang übertriebene Erwartungen von Bergeon's Kohlensäure-Klys-

*) Nach einer Demonstration vor der Deutschen Med. Gesellschaft am 3. Februar, 1896.

tieren zur Behandlung der Schwindsucht hegte, und in dieser Richtung enttäuscht, von dem ganzen Verfahren nichts mehr hören wollte.

Ich selbst habe mich des Mittels seit Mai 1894 bedient und habe die günstigsten Wirkungen in einer grossen Reihe von Fällen gehabt, die meisten unter den Armen einer Anstalt, deren Arzt ich einige Jahre lang war. Trotzdem ich in dieser Weise etwa 50 Fälle behandelte, versäumte ich es, genaue Beobachtungen anzustellen. Es handelte sich meist um Kinder von Eltern, die kein Verständniss für gewissenhafte Beobachtungen hatten, oder um Fälle, in denen die Patienten zu weit entfernt wohnten, so dass es mir unmöglich war, tägliche Control-Besuche zu machen. In einem Hause, in welchem die Sanitätsverhältnisse, namentlich in Bezug auf Ventilation, die denkbar schlechtesten waren, hätte ich wohl beobachten können, aber hier schien auch die Kohlensäure nichts zu leisten.

Im allgemeinen kann ich nur angeben, dass mir von mehr als 40 Fällen berichtet wurde, dass das Gas sofort einen günstigen Einfluss auf die Zahl und den Charakter der Anfälle ausübte, dass die Kinder innerhalb 8—14 Tagen vollständig von ihrem Keuchhusten befreit waren. In vielen Fällen stimmten die Berichte darin überein, dass die Kinder nach 4—5tägiger Behandlung aufhörten Nachts zu husten, dass sie am Tage nur nach schnellem Laufen oder sonstigen lebhaften Bewegungen Anfälle bekamen.

Zufälliger Weise bekam ich, seit ich Kohlensäure gebrauche, bis vor Kurzem nur Keuchhustenanfälle zur Behandlung während der milden Jahreszeit, in der die Kranken in's Freie geschickt werden konnten. Nun aber kann ich über drei sorgfältig beobachtete Fälle berichten, die während der rauhen Jahreszeit, zu einer Zeit verliefen, in der es ganz und gar nicht möglich war, ihnen den Vortheil der freien Luft zu Theil werden zu lassen.

Herr D., ein Advocat, wohnt in 5. Strasse nahe Ave. A, bewohnt 4 Zimmer eine Treppe hoch, hat Frau und 4 Kinder. Emilie 7 Jahre, Helene $5\frac{3}{4}$ Jahre, Agnes 4 und Philipp 2 Jahre alt. Die ersteren 3 erkrankten an Keuchhusten, während Philipp frei davon blieb. Die drei kleinen Patientinnen

schliefen in einem gut ventilirten Zimmer. Die Fenster standen während des ganzen Tages offen. Helene, die schon zur Schule geht, begann am 11. November zu husten und Schnupfen zu haben. Husten und Schnupfen verschlimmerten sich beständig. Am 18. November blieb sie von der Schule zu Hause und ich sah sie an diesem Tage zum erstenmal seit ihrer Erkrankung. Sie hatte am vorhergehenden Tag 9 und während der Nacht 12 convulsive Hustenanfälle gehabt und zeigte die charakteristiche oedematöse Schwellung des Gesichtes. Am 18. November wurde das Gas dreimal in das Rectum eingeführt. An diesem Tage hatte sie nur 4 Anfälle von viel milderem Charakter, in der Nacht vom 18. zum 19. ebenfalls nur 4 milde Anfälle. In diesem Falle bestand keine Epistaxis. Der Charakter des Hustens wurde stetig milder und die Anzahl der Anfälle nahm immer mehr und mehr ab, während sie fortgesetzt dreimal täglich die Gasauftreibungen erhielt. Am 28. November und bis zum 4. December wurde die Kohlensäurebehandlung ausgesetzt, doch kehrten während dieser Tage, während kein Gas angewendet wurde, die Anfälle allmälig wieder an Zahl und Heftigkeit zurück, bis sie zuletzt ebenso heftig und ebenso häufig waren, als vor der Behandlung, d. h. kurz vor dem 18. November. Gasapplicationen wurden wieder aufgenommen am 5. December und bis zum 8. December fortgesetzt. Derselbe günstige Einfluss machte sich geltend wie vorher; immer wenigere und immer mildere Anfälle. In der Nacht vom 8. zum 9. December hustete das Kind nur zweimal, während des Tages 3 bis 4 mal, aber sehr milde. Während der Nacht vom 10. zum 11. December hustete sie überhaupt nicht mehr.

Emilie (7 Jahre) begann mit Husten und Schnupfen am 18. November, blieb von der Schule zu Hause am 25. November, und erhielt die Gasaufblähungen dreimal täglich vom 25. November bis 4. December. Die convulsiven Anfälle in diesem Falle waren heftiger als in dem vorhergehenden, und waren von Epistaxis begleitet, die Häufigkeit war jedoch geringer. Ehe das Gas angewendet wurde, hustete sie 4mal am Tage und 6mal in der Nacht. Nachdem das Gas dreimal gegeben worden war, hustete sie nur einmal, und am folgenden Tage nur zweimal. Das Gesicht war geschwollen. Wie

im vorhergehenden Fall, traten die Anfälle mit der früheren Heftigkeit auf, als während der Tage vom 28. November bis 4. December kein Gas gegeben, und nahmen wieder einen milderen Charakter an und waren weniger häufig, als die Behandlung wieder aufgenommen wurde. Vom 9. December an keine Behandlung mehr. Gar kein Husten am 11. December.

Agnes D. (4 Jahre) begann mit Emilie zugleich, nämlich am 18. November mit Husten und Schnupfen. Behandlung mit Kohlensäure wurde am 25. November begonnen. In diesem Falle waren die Anfälle am allerheftigsten, ebenso war die ödematöse Schwellung des Gesichtes bedeutender als in den beiden anderen Fällen. Nach Anwendung des Gases wurde die Anzahl der Anfälle sofort von 12 auf 6 am Tage und von 9 auf 4 während der Nacht vermindert. Epistaxis trat nicht mehr auf seit der ersten Anwendung des Gases. Wie in den vorhergehenden Fällen wurde die Art des Hustens auch milder, während die Anzahl der Anfälle abnahm. Dieses Kind ist mehr nervös als die beiden anderen. Nur dieses war durstig während der Nacht.

Philipp hustete wenig und leicht, ohne Zeichen des Keuchhustens.

In allen drei Fallen besserte sich der Appetit mit der Besserung der übrigen Symptome.

Seit 9. December wurde kein Gas mehr angewendet. Alle Kinder sind wohl. Sie husten ein- oder zweimal am Tage, aber nur leicht.

Kohlensäure, von welchem Theile des Körpers sie auch absorbirt werden mag, tritt auf dem Wege des venösen Systems in die Lungen ein und wird von da ausgeathmet. Physiologische Beobachtungen haben gezeigt, dass bei den Acten der Inspiration und Expiration nur die oberen, die gröberen Luftwege ventilirt werden, während der wesentliche Theil des Athmens, der Austausch von Kohlensäure und des Sauerstoffs durch Diffusion im alveolaren Theil der Lunge vor sich geht; dort sind die Phasen des Athmens beinahe unbetheiligt. Wir finden eine beständige Bewegung der Kohlensäure nach oben und des Sauerstoffes in der umgekehrten Richtung. Eine nothwendige Folge hiervon ist, dass die Luft in den

Athmungsorganen in der Richtung vom Mund nach den Alveolen zu immer weniger Sauerstoff und immer mehr Kohlensäure enthält.

Ephraim *) nimmt an, dass dadurch, dass eine grössere Menge Kohlensäure das Blut passirt und in die Lungenalveolen eintritt, ein grösserer Austausch, mehr Diffusion der zwei Gase zu Stande kommt, dass, nach den Gesetzen der Diffusion, entsprechend der vermehrten Ausathmung von Kohlensäure auch ein vermehrter Zufluss von Sauerstoff nach den Alveolen zu besteht. Ephraim nimmt ferner an, dass, je mehr Sauerstoff vom Blut absorbirt wird, desto mehr wird Kohlensäure abgegeben, dass zugleich zwischen dem Blut und der Luft in den Alveolar-Zellen eine vermehrte Diffusion unter diesen Bedingungen entsteht.

Als die beste Methode, Kohlensäure in den Organismus einzuführen, empfiehlt Ephraim die Application per rectum. Er berichtet über günstige Fälle derartiger Behandlung von Chlorose, Phthisis pulmonalis, Bronchitis, Asthma. Er nennt die Methode die einer Verbesserung der Lungen-Ventilation.

Möglicherweise dass bei Keuchhusten die auf diese Weise angewandte Kohlensäure zum Theil oder ganz und gar durch ihre anästhetische Wirkung heilt.

Der Apparat, den ich bisher gebrauchte, ist sehr primitiver Art. Er besteht aus einer Flasche, die etwa ein Pint hält, einen weiten Hals hat, und mit einem durchbohrten Gummistöpsel verschlossen ist. Durch den Stöpsel geht ein Glasrohr, dessen äusseres Ende mit einem Gummischlauch verbunden ist, an dessen freiem Ende sich ein Klystierspritzenansatz befindet, um in's Rectum eingeführt zu werden. Die Flasche wird zu einem Drittel mit Wasser gefüllt. Das Glasrohr reicht bis zu ein oder zwei Zoll über das Niveau des Wassers. In das Wasser bringt man zuerst etwa 6 Drachmen Natron bicarbonicum und dann, wenn alles bereit ist, mit der Aufblähung zu beginnen, wird ½ Unze grosser Krystalle von Weinsteinsäure dem Wasser zugefügt. Die Flasche wird nun

---

*) Ueber die therapeutische Wirksamkeit der Kohlensäurezufuhr. Deutsche Medicinal-Zeitung. 1891. 25—28.

schnell geschlossen, und die durch die Glasröhre aufsteigende Kohlensäure in das Rectum geleitet. Irgend eine Stellung oder Lage, Sim's z. B., kann zum Zweck der Einführung der Kohlensäure in das Rectum eingenommen werden. Sobald der Meteorismus beträchtlich ist, eine Spannung des Leibes sich bemerklich macht, wird das Ansatzrohr aus dem Rectum entfernt, oder der Patient befreit sich von dem überschüssigen und belästigenden Gas, während das Rohr in situ bleibt. Die Aufblähung wird so lange wieder aufgenommen, als noch Gas in der Flasche zur Entwickelung kommt.

Neuerdings habe ich die auf die einfachste Weise entwickelte Kohlensäure in einem Gummibeutel aufgefangen und von da nach Bedürfniss in das Rectum geleitet. Auf diese Weise wird unnöthiger Vergeudung von Kohlensäure vorgebeugt.

Kohlensäure, in die Dickdärme eingeführt, geht unter normalen Verhältnissen nicht über die Valvula Bauhini hinaus. Experimente am Cadaver haben gezeigt, dass die Darmaufblähung bis zu einer gewissen Grenze ausgeführt werden kann, die mit der Grenze beim Lebenden übereinstimmt. Weder im lebenden noch im todten Körper kann Gas oder Flüssigkeit durch die Valvula Bauhini forcirt werden, so lange die Bauchwand intact ist, und selbst bei offener Bauchwand gelingt dies nur, wenn die Injection nahe der Klappe gemacht wird; es scheint, dass es unmöglich ist, das Ileum aufzublähen, wenn die Injection vom Anus aus ausgeführt wird, oder wenigstens nur unvollständig, selbst wenn die Bauchwand weit geöffnet ist.

Es ist nicht so sehr die Klappe selbst, welche Regurgitation verhindert, als gewisse mechanische Verhältnisse, welche einen festen Schluss derselben bedingen; wahrscheinlich die physische und physiologische Beschaffenheit der Bauchmuskeln, die Action des Zwerchfells, die Verschiedenheit zwischen dem Darmlumen auf der einen und dem Darmlumen auf der anderen Seite der Klappe, und viele andere Umstände und Anordnungen. Ganz gewiss ist die beträchtliche Widerstandskraft der Ileo-coecal-Klappe gegen Regurgitation vom Colon in das Ileum bedingt durch eine Anzahl von Factoren. Nach Ziemssen's Beobachtungen scheint diese Widerstandskraft

während der Chloroformnarkose etwas vermindert zu sein. Auch bei manchen pathologischen Zuständen kann sie aufgehoben sein. Jedenfalls aber brauchen wir in der Anwendung der Kohlensäure zur Aufblähung des Rectums im allgemeinen nicht ängstlich zu sein.

Ueber das Delirium.

Von Dr. William Hirsch.

Seiner ethymologischen Herkunft gemäss hat man unter dem Worte Delirium, das von dem lateinischen delirare, aus dem Wege gehen, abzuleiten ist, von den ältesten Schriftstellern bis auf die neueste Zeit sämmtliche geistigen Störungen zusammengefasst. Jedes psychische Krankheitssymptom, welcher Art es auch immer sein mochte, hat man als Delirium bezeichnet und sich daher daran gewöhnt, von den verschiedenartigsten Delirien, wie Sinnes-, Urtheils-, Verstandes-, Gedächtniss-, Gefühls - Delirien u. s. w. zu sprechen. Demgemäss findet man auch heute noch vielfach in Encyclopädieen und Lehrbüchern unter der Rubrik Delirium sämmtliche Symptome der Psychopathologie besprochen. Wahnideen, Zwangsvorstellungen, Sinnestäuschungen u. s. w. werden als Delirien bezeichnet, und auch in der französischen Literatur ist von délire d'emblée — délire d'énormité — délire de négation — délire du toucher u. dgl. mehr die Rede.

Wenn man sich darauf beschränkt hätte, das Wort Delirium in dieser summarischen Weise zu gebrauchen und unter einem Deliranten jeden Kranken mit psychischen Anomalien zu verstehen, so könnte über die Bedeutung und Anwendung dieser Bezeichnung keinerlei Meinungsverschiedenheit herrschen. Dem ist jedoch nicht so. Man hat sich vielmehr mit der Zeit daran gewöhnt, dem Worte Delirium ausser dieser verallgemeinernden eine specielle Bedeutung beizulegen und einen speciellen psychopathischen Zustand als Delirium zu bezeichnen.

Aber auch hinsichtlich der Auffassung dieser speciellen Zustandsform herrscht durchaus keine Uebereinstimmung bei

den verschiedenen Autoren. Die einen bezeichnen jeden Zustand von Verwirrtheit als Delirium, während andere in den Sinnestäuschungen, der Ideenflucht oder der assiociativen Incohärenz das eigentliche Characteristicum für diese Zustandsform erblicken.

Angesichts der somit herrschenden Unklarheit scheint es mir sowohl zum gegenseitigen Verständniss als auch zur correcten Auffassung der betreffenden psychopathischen Erscheinungen geboten, den Begriff des Deliriums schärfer zu präcisiren und ihn auf eine möglichst genau definirbare Zustandsform zu beschränken. Ich glaube nun, dass wir thatsächlich in der Lage sind, auf Grund rein klinischer Beobachtung eine derartige Abgrenzung zu treffen. Hierbei handelt es sich jedoch nicht etwa um eine Krankheit sui generis, sondern lediglich um eine durch einen gewissen Symptomencomplex herbeigeführte Zustandsform, die, wie wir sehen werden, bei den verschiedenartigsten Erkrankungen beobachtet werden kann.

Diese Zustandsform, auf welche sich also die Bezeichnung Delirium zu beschränken hätte, liesse sich zunächst vom rein klinischen Gesichtspunkte aus etwa folgendermaassen definiren:

Als Delirium bezeichnen wir einen psychischen Zustand, welcher durch Aufhebung des Ichbewusstseins, durch einen incohärenten Vorstellungsablauf, sowie durch psychosensorische und psychomotorische Reizerscheinungen charakterisirt ist.

Die Aufhebung des Ichbewusstseins kennzeichnet sich in der völligen Unorientirtheit der Kranken; die Aussenwelt wird entweder gar nicht oder in ganz unvollkommener oder veränderter Form wahrgenommen. Die Sinnesreize dringen nicht mehr bis zur Sphäre des Ichbewusstseins empor, die Sinnesempfindungen werden nicht zu bewussten Wahrnehmungen umgestaltet. Ein weiteres Kennzeichen für die Aufhebung des Ichbewusstseins bildet die nach Ablauf des Deliriums statthabende Amnesie; die Kranken können sich in der Regel gar nicht oder nur sehr unvollkommen an die Vorgänge während des Deliriums erinnern.

Die Incohärenz des Vorstellungsablaufs zeigt sich in den

unzusammenhängenden und verworrenen Reden, sowie in den unmotivirten Bewegungen der Kranken.

Die psychosensorischen Reizerscheinungen bewirken Sinnestäuschungen auf den verschiedenen Sinnesgebieten, und die psychomotorischen Reize bekunden sich in einem oft hochgradigen Bewegungsdrang der Deliranten.

Wie bei allen übrigen psychischen Erscheinungen, so finden auch vom Delirium zu ähnlichen und verwandten Zuständen flüssige Uebergänge statt, und die richtige Beurtheilung des betreffenden Zustandes mag daher nicht selten grosse Schwierigkeiten bieten. Mitunter ermöglicht erst ein genaueres Eingehen auf die Pathogenese und den weiteren Verlauf der Krankheit, zu einem befriedigenden Resultat zu gelangen.

Das physiologische Analogon des Deliriums bildet der Traum. Auch hier handelt es sich um eine Aufhebung des Zeit-, Raum- und Ich-Bewusstseins, die Vorgänge der Aussenwelt werden auch hier gar nicht oder in veränderter Form wahrgenommen, und die spätere Erinnerung an den Traum ist ganz summarisch oder gänzlich fehlend. Wie im Delirium, so besteht im Traum eine Incohärenz der Vorstellungen, eine Discontinuität der Gedanken. Man könnte daher das Delirium auch als einen Traumzustand des wachen Lebens bezeichnen. Den Hauptunterschied zwischen Traum und Delirium bildet der Umstand, dass bei letzterem die psychomotorische Sphäre nicht gehemmt ist und die intrapsychischen Vorgänge sich daher ohne weiteres in Bewegung umsetzen, dass ferner im Delirium das physiologische Traumbild zur Hallucination gesteigert wird.

Was den pathologischen Vorgang beim Delirium anbelangt, so sind wir sowohl durch die Summe der klinischen Erscheinungen als auch durch die Pathogenese berechtigt, das Zustandekommen dieser Zustandsform durch Ausfallserscheinungen auf dem Gebiete verschiedener cerebraler Functionen zu erklären. Bereits die äussere Aehnlichkeit mit dem Traumzustand des Schlafes, den wir als periodisch auftretende physiologische Lähmung aufzufassen haben, deutet auf den Ausfall gewisser Funktionen hin, nur mit dem Unterschiede, dass im normalen Schlaf die Lähmung eine gleichmässige ist,

während beim Delirium in ungeordneter Weise die verschiedensten Theile in Unthätigkeit versetzt werden.

Der Ausfall der höchsten psychischen Centren bedingt die Aufhebung des Ichbewusstseins. Der hiermit verbundene Fortfall des Inhibitionsapparates ermöglicht eine ungestörte Uebertragung aller psychosensorischen Reize auf die psychomotorische Sphäre. Durch den partiellen Ausfall im Bereiche der Associationsthätigkeit kommt die Incohärenz des Vorstellungsablaufes zu Stande. Die mannigfachen Sinnestäuschungen im Zustande des Deliriums beruhen ebenfalls mehr auf Ausfalls- als auf Reizerscheinungen. Es handelt sich nicht um centripetale, durch Reize auf einzelnen Sinnesgebieten entstandene Hallucinationen, sondern um Phantasmen, die in ihrem Ursprung dem Traumbild gleichen und nur durch den Ausfall des Ichbewusstseins und des Urtheilsvermögens für reale Dinge gehalten werden.

Schreiten wir nun, nachdem wir das Delirium in dieser Weise begrenzt haben, zur Differentialdiagnose zwischen dieser und ähnlichen Zustandsformen.

Da ist zunächst die maniacalische Exaltation. Gleich dem Delirium repräsentirt die Manie zunächst nur eine Zustandsform, die bei den verschiedensten Krankheiten vorkommt, wenn man auch gleichzeitig unter demselben Namen einen morbus sui generis versteht. Das Characteristicum für das klinische Bild des maniacalischen Zustandes bildet eine hochgradige Beschleunigung des Ablaufs der Vorstellungen und eine dadurch bedingte gesteigerte Erregbarkeit der psychomotorischen Sphäre. Das Zustandekommen dieser Erscheinungen können wir uns am besten durch eine isolirte Lähmung der höheren psychischen Hemmungsvorrichtungen erklären, und dem entsprechend finden wir im maniacalischen Zustand die niederen Triebe in hohem Maasse gesteigert und die Stimmungen und Affecte in zügelloser Weise auf- und niederwogen. Es ist nicht richtig, wenn man annimmt, dass allein die heitere Stimmung charakteristisch sei für die Manie. Bei dem geringsten Widerspruch geräth der Maniacus in Zorn und Wuth. Ein unwesentlicher Anlass mag ihn zum Weinen bringen. Der Maniacalische schreit, schimpft, lacht und weint in unaufhörlichem Wechsel.

Wenn bei der Manie die Beschleunigung des Vorstellungsablaufes bis zur hochgradigsten Ideenflucht gesteigert ist und die Aeusserungen und Bewegungen des Kranken keine Spur eines geregelten Gedankenganges mehr erkennen lassen, dann mag das klinische Bild von dem des Deliriums kaum mehr zu unterscheiden sein. Hier ist der Punkt, wo beide Zustände in ihrer äusseren Erscheinung flüssig in einander übergehen. Da ist uns die Betrachtung der Pathogenese zur Unterscheidung beider Zustände von Nutzen. Der Maniacus gleicht einem in einem Eisenbahnwagen Dahinsausenden. Die Landschaftsbilder fliegen in einer solchen Geschwindigkeit an ihm vorüber, dass er nicht im Stande ist, einen geordneten Eindruck von ihnen zu empfangen; er sieht nichts, weil er zu viel sieht. Der Delirant hingegen hat keine geordneten Eindrücke, weil es rings um ihn her Nacht ist. Nur hin und wieder blitzt es auf, die empfangenen Eindrücke stehen unverbunden nebeneinander, und es kann daher nichts zur klaren Vorstellung bei ihm kommen.

Wenn die Handlungen des im Furor begriffenen Maniacus auch noch so ungeordnet und unmotivirt erscheinen, so ergibt sich doch immer aus der Prüfung im Reconvalescenzstadium, dass der Kranke von gewissen Wahnideen und Sinnestäuschungen geleitet war. Er ist sich seines Handelns bewusst. „Ich musste so schreien, um mir Recht zu verschaffen.“ „Ich habe alles zerstört, um die Leute zu ärgern.“ „Ich musste einem unwiderstehlichen Drange folgen.“ Dergleichen Aeusserungen thun die Kranken nach Ablauf der maniacalischen Exaltation. Die Erhaltung ihres Ichbewusstseins bekundet sich am besten in dem später bestehenden Gefühl einer gewissen Verantwortlichkeit. Sie schämen sich ihrer Handlungen. „Es ist mir entsetzlich, wenn ich daran denke, wie schamlos ich mich benommen habe,“ sagte mir eine von einem nymphomanischen Zustand genesene Kranke. Oftmals muss der Arzt die Reconvalescenten durch die Versicherung beruhigen, dass sie in krankhaftem Zustand gehandelt hätten und nicht dafür verantwortlich seien.

Ganz anders verhält sich dies beim Deliranten. Er ist sich seiner selbst nicht bewusst. In der Reconvalescenz besteht entweder völlige Amnesie für den krankhaften Zustand, oder

er erinnert sich an denselben wie an einen dunklen Traum. Er fühlt sich ebensowenig verantwortlich für das, was er gethan hat, wie wir uns für unsere Handlungen im Traume verantwortlich fühlen. Er hat das Bewusstsein, nicht mit selbstbewusstem Willen gehandelt zu haben und fühlt, dass seine Handlungen die Folgen unbewusster psychischer Vorgänge waren.

Während die Stimmungen beim Maniacus eine grosse Rolle spielen und eventuell zum Ausgangspunkt gewaltthätiger Handlungen werden können, befindet sich der Delirant mehr in gleichmässiger, allenfalls ängstlicher Stimmung. Während es beim Deliranten mitunter gelingt, ihn durch Anschreien und Zurufen vorübergehend aus seinem traumartigen Zustand aufzurütteln, ist ein derartiges Vorgehen beim Maniacus nur dazu angethan, die Exaltation zu steigern, indem jeder neue Eindruck erneute motorische Reize hervorzurufen pflegt. Immerhin mag es auch beim Maniacus gelingen, ihn durch psychische Einflüsse zu beruhigen. Dies geschieht jedoch nicht wie beim Deliranten durch Aufrütteln, sondern beruht auf der erwähnten Erhaltung des Ichbewusstseins. Drohungen oder Veränderung der äusseren Verhältnisse mögen daher hier mitunter von Erfolg sein. Bei den geringeren Graden der Manie hat die einfache Ueberführung in die Anstalt zuweilen schon eine Beruhigung zur Folge, während beim Deliranten derartige Maassnahmen ohne direkte Einwirkung bleiben.

Eine weitere Klasse von Zustandsformen, welche zu Verwechslungen mit dem Delirium Anlass geben mögen, bilden jene Zustände agitativer Verwirrtheit, welche aus pathologischen Affecten hervorgehen.

Bereits innerhalb der physiologischen Grenzen können starke Affecte, wie Zorn, Schreck und besonders Angst, eine erhebliche Störung des formalen Denkens zur Folge haben. Unter pathologischen Verhältnissen jedoch, wo die Intensität und Dauer der Affecte in enormer Weise gesteigert, die Thätigkeit der psychischen Hemmungsvorrichtungen hingegen herabgesetzt ist, kann es zu vollkommener Verwirrtheit, verbunden mit höchster motorischer Unruhe kommen, als zu einem Zustande, welcher mit dem des Deliriums scheinbar identisch ist. Derartige Zustände affectuoser Verworrenheit können

sowohl bei der Hysterie als auch bei den meisten Psychosen zur Beobachtung kommen. Am häufigsten und exquisitesten findet man sie bei der Melancholie, wo sie als melancholische Tobsucht und Raptus melancholicus bekannt sind. Auch hier findet auf der Höhe des Anfalls eine hochgradige Trübung des Bewusstseins statt, die eventuell, wie beim echten Delirium, bis zu gänzlicher Aufhebung des Ichbewusstseins mit nachfolgender Amnesie gesteigert sein kann.

Was die Unterscheidung dieser Zustande vom genuinen Delirium anbetrifft, so wird zunächst die Entstehung des Anfalls in Betracht zu ziehen sein. In den meisten Fällen, wenn auch nicht immer, geht der melancholischen Tobsucht ein präcordiales Angstgefühl voraus, das die Kranken zu heftigen Klagen veranlasst. Stets aber lässt sich die Basis des melancholischen Zustandes nachweisen, auf welcher die Tobsucht entstanden ist.

Der Anfall selber unterscheidet sich vom einfachen Delirium durch den unverkennbaren Angsteffect, welcher dem ganzen Gebahren des Kranken zu Grunde liegt. Während die Stimmung des Deliranten einen indifferenten Eindruck macht und er höchstens durch schreckhafte Sinnestäuschungen vorübergehend ängstlich erscheint, verräth jede Bewegung des von melancholischer Tobsucht ergriffenen Kranken den höchsten Grad der Verzweiflung. Trotz der Aufhebung des Ichbewusstseins drängt ein innerer Trieb nach Lösung des psychischen Spannungszustandes. Ohne nachher die geringste Erinnerung an das Geschehene zu haben, macht der Kranke Selbstmordversuche, oder es kommt zu den schrecklichsten Selbstverstümmelungen. Das grenzenlose Unglücksgefühl mag Gewaltthätigkeiten gegen die nächsten Angehörigen zur Folge haben in dem dunklen Drange, diese dem Schmerz und den Qualen zu entziehen. Mütter ermorden im Raptus melancholicus ihre Kinder, Männer ihre Frauen u. dgl. m. Von alledem ist beim Deliranten keine Rede. Weder macht er Selbstmordversuche, noch kommt es bei ihm zu Gewaltthätigkeiten gegen andere. Sein Gesichtsausdruck trägt nicht das Zeichen der Verzweiflung, und seine Handlungen haben mehr einen passiven als activen Charakter.

Wesentlich schwieriger als bei den bisher geschilderten Zustandsformen mag die Unterscheidung vom Delirium bei dem Zustand sogenannter hallucinatorischer Verwirrtheit werden. Während die maniacalische und melancholische Tobsucht nur in ihren klinischen Erscheinungen dem Delirium ähnlich sind, und nur in klinischer Hinsicht flüssige Uebergänge aus einem Zustand in den andern stattfinden, in pathogenetischer Hinsicht jedoch diese Zustände von dem des Deliriums durchaus verschieden sind, findet zwischen vielen Fällen hallucinatorischer Verwirrtheit und dem Delirium auch in pathogenetischer Hinsicht ein gewisser Zusammenhang statt, so dass eine scharfe Differenzirung in manchen Fällen zur Unmöglichkeit wird.

Wie bereits der Name besagt, bilden bei der hallucinatorischen Verwirrtheit Sinnestäuschungen die primäre Affection. Wie in einem Kaleidoskop sehen die Kranken die verschiedenartigsten Bilder an sich vorüberziehen. Die Aufeinanderfolge der Sinnestäuschungen ist in hohem Grade beschleunigt, und es treten dieselben in ungeordneter Weise auf den verschiedenen Sinnesgebieten auf, so dass es schliesslich zu keiner klaren Vorstellung mehr kommen kann. Die Eindrücke der Aussenwelt werden vom Kranken überhaupt nicht mehr wahrgenommen, da seine Sinne von den Hallucinationen völlig in Anspruch genommen sind. Infolge des unaufhörlichen Wechsels der Sinnestäuschungen kommt es schliesslich in secundärer Weise zur gänzlichen Incohärenz der psychischen Thätigkeit. Sind die Hallucinationen vorwiegend depressiver oder ernster Natur, so mögen ekstatische oder stuporartige Zustände herbeigeführt werden, während sich ängstliche oder heitere Sinnestäuschungen in dementsprechend agitativem Verhalten der Kranken bekunden.

Solche Zustände mögen in ihrer äusseren Erscheinung dem Delirium vollkommen gleichen. Treten dieselben im Verlaufe chronischer Psychosen, wie die Paranoia hallucinatoria chronica, oder der progressiven Paralyse auf, so mag die Anamnese, sowie der weitere Verlauf der Krankheit zur richtigen Beurtheilung der betreffenden Zustände führen. Wesentlich schwieriger jedoch ist diese Unterscheidung bei einer Reihe acuter Affectionen, welche auch in pathogenetischer Hinsicht dem

Delirium verwandt sind, und hier mag es denn in manchen Fällen unmöglich sein, zu entscheiden, ob es sich um eine primäre oder secundäre Incohärenz des Vorstellungsablaufes handelt, besonders da sich, wie bereits gesagt, eine scharfe Grenze zwischen beiden Zuständen nicht ziehen lässt.

Eine weitere Klasse psychischer Zustandsformen, welche in ihren Erscheinungen dem Delirium gleichen, liefern die verschiedenen Formen des Blödsinns, wobei wir zwischen dem originären Blödsinn oder der Idiotie, und der erworbenen Demenz zu unterscheiden haben. Bei diesen Zuständen handelt es sich ebenfalls um eine primäre Incohärenz des Vorstellungsablaufs, verbunden mit eingeschränktem oder auch aufgehobenem Ichbewusstsein. Diese Zustände dementer Verwirrtheit zeigen auch in Bezug auf ihre pathologische Ursache dem Delirium ähnliche Verhältnisse. In beiden Fällen handelt es sich um Ausfallserscheinungen derselben psychischen Functionen, nur mit dem Unterschied, dass bei der Idiotie und der Terminaldemenz diese Störungen durch dauernde organische Veränderungen bedingt sind, während dem Delirium functionelle Störungen zu Grunde liegen.

Die Unterscheidung der dementen Verwirrtheit vom Delirium dürfte wohl kaum jemals Schwierigkeiten bieten, da die Betrachtung des Gesammtbildes der Krankheit ohne weiteres Aufschluss über die thatsächlichen Verhältnisse giebt. In den meisten Fällen wird sich der Zustand als solcher vom Delirium darin unterscheiden, dass bei der dementen Verwirrtheit die motorische Unruhe geringer ist, obwohl auch hier ganz allmähliche Uebergänge stattfinden.

Endlich mögen jene Zustände zur Verwechselung mit dem Delirium Anlass geben, bei denen es sich lediglich um Verwirrtheit der Rede handelt, welche durch Paraphasie und Worttaubheit bedingt ist, ein Zustand, der bei einer Reihe organischer Gehirnerkrankungen zur Beobachtung kommt. Hier wird die Correctheit des Handelns gegenüber der Verworrenheit der Rede zur richtigen Beurtheilung des Zustandes führen.

Eine besondere Form von Verwirrtheit, welche durch Worttaubheit und Seelenblindheit bedingt ist, und bei welcher die unverstandenen Vorgänge der Aussenwelt eine gewisse Be-

ängstigung hervorrufen, deren Entäusserung durch amnestische und paraphasische Erscheinungen complicirt ist, hat Meynert als „pseudophasische Verwirrtheit“ beschrieben.

Die mannigfachen somatischen Symptome, welche mit derartigen organischen Gehirnerkrankungen einhergehen, werden ohne besondere Schwierigkeit eine prompte Unterscheidung solcher Zustände vom Delirium ermöglichen.

Nachdem wir das Delirium als selbstständige psychopathische Zustandsform von allen ihm verwandten und ähnlichen Zuständen getrennt haben, kommen wir zur Besprechung der Frage: Welche Rolle spielt das Delirium in nosologischer Hinsicht, und welche Schlüsse können wir in diagnostischer und prognostischer Hinsicht aus dem Auftreten des Deliriums ziehen?

Betrachten wir zunächst jene Fälle, wo das Delirium während des Verlaufes einer bestehenden Krankheit zur Beobachtung kommt.

Am häufigsten und allbekanntesten sind die sogenannten Fieberdelirien der acuten Infectionskrankheiten. Es herrscht vielfach die Neigung, sämmtliche psychischen Störungen, welche im Verlaufe von Fieberkrankheiten vorkommen, als Delirien zu bezeichnen. Dies ist jedoch uncorrect und auch aus praktischen Gründen unzweckmässig. Es kommen während des Fiebers isolirte Sinnestäuschungen, maniacalische Erregungen, acute Wahnbildungen ebenso häufig vor, wie Delirien, und man wird gut thun, zwischen diesen Zuständen scharf zu unterscheiden, da sie von wesentlich verschiedener Bedeutung sein können. Während isolirte Sinnestäuschungen und maniacalische Erregungen zunächst nur auf circumscripte Reize, resp. Lähmungen hindeuten, stellt ein echtes Delirium stets einen Inanitionszustand dar und fordert mithin zu energischer Stimulirung der vitalen Thätigkeit auf. Wirkliche Fieberdelirien kommen daher am häufigsten während eines Collapses zu Stande und mitunter bildet ein mussitirendes Delirium das wichtigste Zeichen eines rapiden Kräfteverfalls.

Delirien können während des Verlaufs sämmtlicher Psychosen zur Beobachtung kommen und deuten dann stets auf eine allgemeine Erschöpfung hin. Namentlich ist das Delirium, wenn es sich allmählich entwickelt, von schlimmer Vor-

bedeutung und bildet nicht selten das erste Zeichen des exitus letalis. Eine besondere Neigung zu Delirien scheint im Verlaufe functioneller Geistesstörungen zu bestehen, wenn dieselben durch chronische Erkrankungen anderer Organe, wie etwa ein vicium cordis, eine chronische Nephritis oder dgl., complicirt sind. Bei organischen Gehirnerkrankungen treten Delirien häufig im Gefolge acuter Schädigungen der Hirnsubstanz auf, wie etwa kleine Blutungen, Gefässverstopfungen, Oedeme und dgl. mehr.

Wesentlich schwieriger als während des Verlaufes bestimmter Krankheiten ist eine richtige Beurtheilung des Deliriums, wenn dasselbe plötzlich ohne Vorboten bei einem bis dahin angeblich ganz gesunden Menschen zum Ausbruch kommt. Derartige Fälle werden dem praktischen Arzte verhältnissmässig häufig begegnen. Ein Mensch, der bis dato in ungestörter Weise seinen Geschäften nachgegangen ist, wird ganz plötzlich verwirrt in seiner Rede, läuft planlos im Zimmer umher, reagirt auf keine äusseren Eindrücke und scheint niemanden seiner Umgebung zu kennen. Man schickt zum nächsten Arzt, und dieser diagnosticirt nach der oben angegebenen Methode ein acut entstandenes Delirium.

Es fragt sich nun, welche Bedeutung hat ein solches acutes Delirium in nosologischer und prognostischer Hinsicht? Handelt es sich um eine selbstständige, plötzlich zum Ausbruch gekommene Krankheit, oder liegt hier nur ein Symptomencomplex vor, welcher durch verschiedenartige Erkrankungen erzeugt werden kann? Welcher Art sind dann eventuell die zu Grunde liegenden Erkrankungen und welche Anhaltspunkte gewähren uns die in Rede stehenden Symptome zur Klarstellung der pathologischen Verhältnisse?

Das relativ häufige Vorkommen eines acut entstandenen Deliriums veranlasste in den vierziger Jahren Brière de Brismont eine eigene Krankheitsform aufzustellen, welche er von ähnlichen Erkrankungen scharf abgrenzen zu können glaubte, und die er Delirium acutum benannte.

Obwohl bereits im Jahre 1879 Mendel und später Jolly darauf hinwiesen, dass es sich hier nicht um einen morbus sui generis handele, sondern dass das acute Delirium nur einen Symptomencomplex darstelle, welcher den verschiedenartig-

sten Erkrankungen angehören könne, findet sich die Beschreibung des Delirium acutum als eigene Krankheitsform auch heute noch in den meisten Lehrbüchern der Psychiatrie vor, und es wird nach wie vor die Diagnose Delirium acutum gestellt.

(Schluss folgt.)

Leitartikel.

Politik und Wissenschaft. Da, wo immer ein Culturvolk wissenschaftliche Thatsachen zur Ausführung brachte, um dadurch seine Lage zu verbessern, blieb der Erfolg nicht aus, so lange denselben kein Zwang angethan wurde, und sie vor allem nicht mit politischem Beiwerk vermischt angewandt wurden. Namentlich gilt das von der Gesundheitslehre. Der Impfzwang z. B. kann nur da wirksam sein, wo alle Schulkinder demselben unterworfen sind, nicht nur die, welche die öffentlichen Schulen besuchen, wie das leider z. B. hier noch der Fall ist. Die Reinigung des Trinkwassers muss ebenso an den Centralstellen der Leitung durch Filtration geschehen und nicht durch gelegentliche Hausfilter oder gar durch Elektricität, trotz der Ansicht unseres verflossenen Gesundheits-Commissärs, und die Bekämpfung der Tuberculose wird eben so wenig durch marktschreierische „Erfindungen" von Phenoleinspritzungen bewerkstelligt werden, als wie die Desinfection inficirter Wohnräume durch Schwefelräucherung. Bestimmt ein gesetzgebender Körper, dass der oberste Beamte einer Gesundheitsbehörde niemals ein Hygieniker sein darf (wie hier in New York), so kann eine solche Behörde auf wissenschaftliche Zuverlässigkeit keinen Anspruch machen, trotz allen gelegentlichen Selbstlobes und etwaiger Renommistereien auf medicinischen Congressen. Wird aber eine wissenschaftliche Erfindung von der allergrössten Tragweite für das Wohlergehen der einzelnen Familie, sowie für das aller Völker, mit dem Schmutz politischen Rassenhasses belastet, so verlieren der Einzelne wie das Volk damit das Recht, zu den Gesitteten gezählt zu werden.

Das Heilserum gegen Diphtherie hat seinem Erfinder wohl mehr ärgerliche wie frohe Stunden eingebracht. Das Bewusstsein, durch jahrelanges, mühsames und zielbewusstes Arbeiten seinen Nebenmenschen das denkbar idealste und kostbarste Geschenk gemacht zu haben, ist sicher eine hohe Genugthuung, aber die von berufener Seite ausgegangenen Angriffe (Virchow), die Verleugnung seiner Autorschaft (wie hier in New York), und schliesslich die höchst eigenthümliche Art der Vertheilung des „für die Entdeckung eines Heilmittels der Diphtherie" von Alberto Levi in Paris ausgesetzten Preises, müssen diesem frohen Bewusstsein bittere Empfindungen in wesentlicher Menge beigemischt haben.

In ihrer Sitzung am 23. December 1895 hat nämlich die Pariser Académie des Sciences besagten Preis von 50,000 Francs den Herren Behring und Roux zu gleichen Theilen zuerkannt („Deutsch. Medic. Woch.", 16. Januar 1896). Aus dem hier gegebenen Bericht der Preis-Commission mögen hier zuerst die folgenden Stellen erwähnt werden:

„Der Wille des Stifters ist erfüllt; ein Heilmittel der Diphtherie ist gefunden: eine grosse Wohlthat für die Menschheit und zugleich ein grosser Triumph für die Wissenschaft."

„Der antitoxische Charakter (des Heilserums) ist es, der das Neue und, man darf sagen, die grosse Entdeckung dieser letzten Jahre ausmacht. Nichts liess sie vorhersehen, Niemand hatte sie geahnt, Niemand hat daran denken können, sie für sich zu beanspruchen. Sie gehört ganz ausschliesslich Herrn Behring."

„Wenn wir seinen (Roux's) Namen wählen, um ihn dem des Herrn Behring nahe zu bringen, so geschieht es, weil ihm Frankreich für die Anwendung dieser Methode verpflichtet ist."

„Viele schlecht informirte Personen (z. B. die Herren des Antitoxin-Committees des „New York Herald", Dec. 2.—20. 1894. Ed.) haben Herrn Roux die Entdeckung des Herrn Behring zugeschrieben. Herr Roux hat sie bei jeder Gelegenheit desavouirt; und das Uebermaass ihm gespendeter Lobsprüche hat nur die Protestation seiner Rechtlichkeit und Bescheidenheit glänzend hervortreten lassen. Es ziemt sich auch, dass die Académie diese Protestation durch das volle Gewicht ihres Ansehens unterstützt; es ziemt sich auch, dass sie bei Herrn Roux

gleichzeitig mit dem wissenschaftlichen Verdienst die Loyalität und Uneigennützigkeit ehrt."

„Die Commission ertheilt die Hälfte des Preises Herrn Behring für seine Entdeckung des Diphtherieheilserums — die andere Hälfte Herrn Roux für die glückliche Anwendung, die er von dieser Entdeckung in Frankreich gemacht hat."

Soweit der Bericht. Professor Eulenburg, der Redacteur der „Deutsch. Med. Wochenschrift", meint dazu: „Die deutsche Wissenschaft und Herr Behring könnten mit dieser Entscheidung des höchsten wissenschaftlichen Areopag's in Frankreich vollauf zufrieden sein." Das können sie auch und waren es zweifellos, ehe dieser Areopag aller Welt verkündete, was alle Welt schon längst wusste. Aber ein Compliment ist diese Ansicht Eulenburg's für die „Académie des Sciences" nicht, denn wenn auch nur ein Rest von Ehrgefühl in dem Denken der Mitglieder dieser Körperschaft existirt, so muss denselben beim jedesmaligen Ueberlesen ihres Machwerkes die helle Schamröthe in's Gesicht steigen.

„Die grosse Entdeckung gehört ganz ausschliesslich Herrn Behring", sagt die Commission wörtlich und theilt dann kaltblütig den Preis „für die Entdeckung eines Heilmittels der Diphtherie" in zwei Theile und — verfügt über die zweite Hälfte anderweitig! Das ist die nackte Thatsache. Somit hat diese Commission erstens dem Willen des Gebers nicht entsprochen und zweitens dem Entdecker die Hälfte seines redlichen Eigenthums annectirt.

Die Aussetzung eines Preises ist ein Testament und letzteres ist durch gesetzliche Bestimmungen geschützt. Im Alltagsleben würde eine solche Commission strafrechtlich verfolgt und die Uebelthäter der Missachtung ihrer Mitmenschen ausgesetzt werden. Ob die Commission die 25,000 Francs selbst behält oder einem Roux zur grösseren Ehre des französischen Eitelkeitsgötzen zuertheilt, ändert an der nackten Thatsache nichts.

Was hat nun wohl diese Männer der Wissenschaft, diese Forscher nach Wahrheit, dazu veranlasst, so vom Pfade des Rechtes abzuweichen? Nur eine Möglichkeit ist denkbar, das Vermischen ihrer Wissenschaft mit Politik.

Zuerst sei festgestellt, dass die Worte „deutsch" oder „Deutschland" in dem Bericht fehlen. Sie sind nicht allein abwesend, sondern sie fehlen, denn sie gehören dahin. Die

Entdeckung Behring's war nur in Deutschland zur Zeit möglich, durch deutsche Forscher, wie Koch und Löffler, war sie vorbereitet, und deutscher Fleiss und deutsche Arbeit und Schulung haben sie möglich gemacht. Das wusste ein Rouchard (der Chef der Commission) auch, ebenso wie Roux selbst. Nicht allein Behring gebührt der Dank Frankreichs, sondern Deutschland überhaupt. ,,Frankreich" aber dankt in dem Bericht nur Herrn Roux und der Wissenschaft. Warum fehlen die Worte und der Dank an Deutschland? Weil die Commission den Muth nicht besass, diese Worte auszudrücken. Und diese Annahme, welche die mildeste Beurtheilung solchen Verhaltens zulässt, liefert den Schlüssel für den ganzen Commissionsbericht. Man wagte einfach nicht, den ganzen Preis nach Deutschland zu schicken, denn zweifellos fürchtete man politische Folgen, welche dazu führen konnten, die Herren Aerzte der Commission um ihr Brod zu bringen. Möglich, dass die Herren einem starken Druck der derzeitigen Machthaber der französischen Regierung nachgaben, und möglicherweise stellten sie ihre wissenschaftliche Ehre nur mit sehr schwerem Herzen an den Pranger.

Die Herrn Roux in so schwülstigen Phrasen dargebrachte Huldigung ob seiner ,,Loyalität, Rechtlichkeit, Bescheidenheit und Uneigennützigkeit" dem wirklichen Erfinder gegenüber ist im Grunde eine Beleidigung für Roux, der sich gelobt findet, weil er als Mann nur so gehandelt hatte, wie er gar nicht anders hätte handeln können, und so nur seine einfache Pflicht und Schuldigkeit that. Für die Commission und die ganze Academie ist dieses Lob ihres Landsmannes ein grosses Armuthszeugniss, indem sie es für der Mühe werth halten, einen Mann desshalb officiell zu beweihräuchern, weil er kein Gauner sein mochte, sein konnte.

Soweit findet der Nichtfranzose an Roux's Verhalten nichts Bewundernswerthes; hat er aber den Muth, dieser Commission die annectirten 25,000 Frcs. vor die Füsse zu werfen, und so die wissenschaftliche Ehre seines Vaterlandes zu retten, so wird er nicht allein als echter Patriot und Wissenschaftler handeln, sondern ihm auch, angesichts der politischen Denkart in Frankreich, als ein Mann von Muth im schönsten Gegensatz zu den Mitgliedern des ,,höchsten Areopags in Frankreich", die Anerkennung jedes rechtlich Denkenden nicht fehlen.

Sollte Roux aber dem Druck der französischen Regierung auch weichen und die Hälfte des Entdeckerpreises dem Entdecker wirklich vorenthalten, so hoffen wir, dass Behring einem etwaigen Druck von oben im Interesse des internationalen Friedens nicht weicht und den zum Almosen degradirten Halbpreis nach Paris zurückschickt, um im kleinen Marburg sich mit seinem noch kleineren Gehalt und seinem neuen Geheimrathstitel der Liebe der Eltern aller diphtherienbedrohten Kinder zu erfreuen. Die Wissenschaft aber sollte jeder Politik ferngehalten bleiben, denn erstere ist Gemeingut aller Menschen, letztere aber nur gemeiner Egoismus, durch dessen Berührung die Wissenschaft nur inficirt werden kann. S.

Dr. Herman M. Biggs, Pathologe, und Dr. F. Mitchell Prudden, consultirender Pathologe des Health Departments von New York, haben dem Board of Health in seiner Sitzung vom 14. Januar einen Bericht vorgelegt über die Gefahren, welche der öffentlichen Gesundheit durch das Expectoriren in öffentlichen Verkehrsgelegenheiten erwächst.

Wenn man auch kein Pathologe zu sein braucht, um die pöbelhafte, widrige und ekelerregende Speigewohnheit als eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit zu verdammen, so wird doch jeder Arzt nicht nur, sondern auch jeder andere gebildete Mensch den beiden Herren Dank wissen für ihre umfangreiche Auseinandersetzung der mit diesem Abusus verbundenen Gefahr, welche wohl unserer hochwohllöblichen Gersundheitsbehörde genügend imponiren wird, um sofort die umfassendsten Maassregeln zu ergreifen.

Die praktischen Vorschläge der Herren gehen dahin, in allen Strassen- und Hochbahnwägen Bekanntmachungen anzuschlagen, worin die Passagiere gewarnt werden, nicht auf den Boden zu spucken. Dasselbe soll auf den Hochbahnstationen und Stiegen geschehen, so wie in den Gängen und Sälen aller städtischen und Regierungsgebäuden der Stadt. Ferner sollen genügende und geeignete Spucknäpfe an diesen Plätzen aufgestellt werden, die in guter Ordnung zu halten sind. Das Spucken von Hochbahnzügen auf die Strasse ist direct verboten, und wird die Durchführung dieser Regel von den Hochbahnbeamten verlangt.

Jeder anständige Mensch wird mit der Ansicht der Verfasser dieses Berichts übereinstimmen. Wenn die Herren aber glauben, dass „jetzt die Zeit gekommen ist, wo das Volk der Stadt New York die Annahme solcher sanitären Anordnungen kräftig unterstützen werde, die zu Unterdrückung dieses weitverbreiteten gefährlichen Unfugs nothwendig und geeignet sind", so fürchten wir, dass hier, wie so oft, der Wunsch der Vater des Gedankens ist. Es ist der alte, nutzlose Kampf der Wenigen gegen die Masse, der besseren Elemente gegen den Pöbel.

Mit Bekanntmachungen, Verordnungen und Verfügungen lässt sich bei den ungebildeten Massen in unseren hiesigen Verhältnissen fast nichts erreichen, und wir fürchten, dass jene Verfügungen die Liste der zahllosen Gesetze vermehren werden, deren Undurchführbarkeit in der Natur der Sache liegt, und so das Wort illustriren hilft, dass der Staat New York die meisten und besten (?) Gesetze der Welt hätte, wenn man sie nur durchführen könnte.

* * *

Am 30. Januar wurde der Städtecommission des Senats in Albany das Gesetz vorgelegt, welches die Commissioners of the Sinking Fund of New York ermächtigt, dem zu errichtenden Hospital für Scharlach- und Diphtheriepatienten ein Stück städtischen Grundes zu vermiethen in der Avenue C, zwischen 16. und 17. Strasse, am East River.

Es handelt sich, wie bekannt, um eine Stiftung von $25,000 von Mrs. Minturn, die ausserdem $75,000 mehr von Anderen verspricht, zur Errichtung eines Hospitals von zahllungsfähigen Scharlach- und Diphtheriepatienten. Unter den jetzt bestehenden Verhältnissen ist es einem wohlhabenden Scharlach- oder Diphtheriepatienten unter Umständen unmöglich gemacht, durch Board of Health-Verfügungen, entweder zu Hause oder in angemessener Umgebung sich behandeln zu lassen, da nur das Willard Parker Hospital oder „die Insel" derartige Patienten aufnimmt.

Man sollte also denken, dass eine so edelmüthige Stiftung mit Freuden begrüsst werden sollte, da sie entschieden auch auf die allgemeine Gesundheit im weitesten Sinne nur günstig einwirken kann, insofern als die jetzt täglich geübte Verheim-

lichung ansteckender Krankheiten in den besseren Ständen, welche nothwendigerweise eine Gefahr für die Umgebung bilden muss, wegfallen würde, sobald für eine geeignete Unterbringung gesorgt wäre.

Der gemeinnützige Sinn unserer Gesetzesväter in Albany hat sich denn auch auf das Glänzendste bewährt, indem sie im reinsten Irländisch gegen die Gefahr, welche ein solches Hospital mit sich bringen würde, protestirten und die ,,Reichen" höhnisch auf ,,die Insel" als den geeigneten Aufenthaltsort verwiesen. Dass sich auch zwei Aerzte zu solchen wenig erbaulichen Demonstrationen hergeben, beweist zum mindesten die Uneigennützigkeit der Herren Collegen, welche den sicheren Zuwachs ihrer Praxis durch die Inficirung der Gegend nach Errichtung des Hospitals mit Entrüstung von sich weisen.

Trotzdem wird das Gesetz ja wohl in kurzer Zeit zur Thatsache werden.

* * *

Die Roentgensche Entdeckung bewegt seit einigen Wochen, man kann wohl sagen, die ganze gebildete Welt. Bei der Art, wie in den letzten Jahren wichtige Entdeckungen auf dem Gebiete der Naturwissenschaften und Medicin von der Tagespresse aufgegriffen werden, ist es selbst dem, der mit dem betreffenden Specialfach nicht ganz unvertraut ist, oft nicht gerade leicht, sich über derartige Fragen zu orientiren, bis wissenschaftliche Berichte der Fachzeitschriften vorliegen.

Die Gefahr liegt natürlich auch hier wieder nahe, dass eine an sich zweifellos ausserordentlich wichtige Entdeckung in ihren voraussichtlichen unmittelbaren praktischen Erfolgen wesentlich überschätzt wird, so dass die irrationell hochgespannten Erwartungen zunächst nicht erfüllt werden. Ausserdem fusst dieselbe immerhin auf einer Reihe von Voruntersuchungen und Experimenten, so dass sie nur den Uneingeweihten als gänzlich unerwartet kommen konnte*.

---

*) Wir verweisen auf den Artikel von Prof. Dr. von Lummel ,,Ueber Roentgen'sche Strahlen" im ,,Allerlei", entnommen den Münchener Neuesten Nachrichten vom 20. Januar 1896.

Für uns Aerzte erscheint die Roentgensche Mittheilung deswegen von solcher Bedeutung, da sie in der Diagnostik verschiedener, besonders chirurgischer, Krankheiten ungeahnte Aussichten zu eröffnen scheint. Da es sich bei ber Photographie verschiedener Körper mittelst der sogenannten X-Strahlen nur um die relative Durchlässigkeit resp. Dichtigkeit handelt, erscheint es begreiflich, dass Knochen umgeben von Muskel, Fett und Hautgewebe zur Anschauung gebracht werden, ebenso andererseits eine Gewehrkugel in einem Knochen eingeschlossen, da die genannten Körper verschiedene Grade relativer Dichte darstellen. Damit sind die Möglichkeiten jedoch keineswegs erschöpft. Auch Gewebe, die sich sonst nicht von einander differenziren würden, können eventuell photographirt werden, indem z. B. der Magen und die Blase oder sonstige Hohlräume im Körper mit Flüssigkeiten gefüllt werden, welche sich gegen die genannten Strahlen refractär verhalten.

Praktisch steht der Anwendung dieser neuen Photographie am Krankenbette neben andren Schwierigkeiten zunächst noch die lange Expositionsdauer im Wege, welche 30—60 Minuten beträgt.

Eine weitere Möglichkeit erscheint durchaus nicht ausgeschlossen. Die desinficirende Einwirkung der Sonnenstrahlen auf die meisten Bakterien ist bekannt. Es bleibt abzuwarten, ob die X-Strahlen eventuell auch eine solche Eigenschaft besitzen und so bei ihrer Durchdringungsfähigkeit auch therapeutisch auf sonst unzugänglich tiefliegende Gewebsschichten angewandt werden können.

Alle diese und manche andere Nebenfragen werden sich wohl in der nächsten Zeit mehr oder weniger klären. Lassen wir den geeigneten Leuten Zeit, die Experimente zu vervollkommnen, und freuen wir uns, dass es wieder einmal einem deutschen wissenschaftlichen Arbeiter gelungen ist, eine Entdeckung zu machen, welche die gesammte Welt bewegt.

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.—Sitzung vom 27. September 1895.—Vorsitzender: Dr. E. Gruening.

Vorstellung von Patienten.

1. Dr. Sara Welt-Kakeles zeigt ein 7 Wochen altes Kind, das mit Icterus neonatorum gravis behaftet ist, und erstreckt sich die Verfärbung über den ganzen Körper. Dieselbe wurde 8 Tage nach der Geburt zuerst beobachtet und ist seitdem ein fortwährender Gewichtsverlust vorhanden. Es konnte sich hier entweder um einen benignen Icterus, um Lues, Deformität der Gallengänge oder septischen Process handeln und musste man per exclusionem eine Deformität der Gallengänge annehmen.

Dr. A. Jacobi stimmt der Diagnose bei und sagt, es wäre wünschenswerth, dass eine Autopsie dieselbe bestätigte.

2. Dr. Berger stellt einen 3jährigen Jungen vor, welcher letzten November an Icterus mit gastrischen Erscheinungen erkrankte. Als er ihn im August d. J. sah, war Oedem des Gesichtes und der Extremitäten, sowohl wie Flüssigkeitsansammlung im Abdomen vorhanden. Die Leber war geschwollen, die Oberfläche derselben glatt. Die Oedeme verschwanden für einige Zeit und die Flüssigkeitsansammlung nahm ab. Punction ergab hellklares Serum. Urin, Blut und Milzdämpfung waren normal. Es waren also Stauungserscheinungen von Seiten der Leber vorhanden, wahrscheinlich handelt es sich um maligne Tumoren der Leber mit Metastasen in den Mediastinal-Drüsen.

Dr. A. Jacobi hat das Kind gesehen; es leidet weder am Herzen, noch an den Nieren. Ascites und Anasarca kann man durch eine Lebergeschwulst erklären, jedoch nicht die Gesichts- und Extremitätenödeme. Es könnte sich um Sarcom handeln; die Achsel- und Inguinaldrüsen sind geschwollen. Links vom Sternum ist eine Dämpfung vorhanden entsprechend dem grösseren Convolut der Mediastinaldrüsen. Die Leber ist nicht tuberculöser Natur, es sind keine Symptome von Lues vorhanden, auch nicht von Cirrhose. An Leucocytämie könnte man denken, doch ist das Blut normal.

Dr. Langmann sagt, dass man zunächst an Stauungsleber denken kann, stimmt aber mit der Diagnose überein.

Dr. Einhorn glaubt, dass sich bei Palpation der Leber die Oberfläche nicht glatt anfühlt, sondern nach rechts kleine Erhabenheiten aufweist; dies spricht auch für Sarcom.

Dr. Schottky frägt, ob nicht Druck auf die abdominellen Lymphdrüsen solche Schwellungen hervorrufen und es sich vielleicht um allgemeine Drüsenaffection und Tuberculose handeln könne?

Dr. Jacobi hält dies nicht für wahrscheinlich.

3. Dr. A. Jacobi stellt ein 5jähriges Kind, Fall von Dr. Solow, vor. Dasselbe erkrankte vor 4 Monaten an hohem Fieber und Schmerz und Schwellung in verschiedenen Gelenken. Es wurde während dieser Zeit in verschiedenen Spitälern behandelt. Bei der Untersuchung waren die Zehen in den Metatarsalgelenken schmerzhaft. Ferner war die rechte Patella schmerzhaft, der innere Condylus des rechten Oberschenkels und Stellen am rechten Os ilium. Die Hände waren ebenfalls geschwollen und schmerzhaft. Das Herz ist normal, mit einem leicht verstärkten Impuls; der Urin enthält viele Urate. Derartige Fälle von articulärem Rheumatismus sind bei Kindern recht selten und ungewöhnlich.

Dr. Solow sagt noch, dass das Kind den Kopf schief hielt und er zuerst an Arthritis deformans dachte.

4. Dr. A. Jacobi zeigt ein Kind von 4 Jahren mit Macroglossie, welches bis Ende des ersten Jahres gesund war, obwohl die Zunge immer gross war. Das Kind hat jetzt 6 Zähne im Oberkiefer, 4 im Unterkiefer, alle verdorben. Der Umfang des Kopfes beträgt 45 Cmtr., Longitudinal 36, von Ohr zu Ohr 30 Cmt. Die Musculatur ist schwach, die Beine sind krumm und das Kind hat einmal die Woche Stuhlgang. Die Nasenwurzel ist tief und breit, die Augen weit auseinanderstehend, das Gaumendach flach. Die Trachea kann man deutlich fühlen; die Thymusdrüse ist gar nicht vorhanden, die Thyroidea nur ganz wenig zu fühlen. Er gedenkt die Behandlung mit Schilddrüsenextract anzufangen und hat günstige Erfolge gesehen. Es sind alle Erscheinungen von Rhachitis vorhanden. Die Vorderarme und Schenkelmuskeln sind stark entwickelt, wahrscheinlich Pseudohypertrophie.

Dr. Geo. Jacoby sagt, dass die Muskeln den Eindruck von fibröser Degeneration machen.

5. Ferner stellt Dr. A. Jacobi einen 13jährigen Jungen mit multiplen Exostosen, besonders an den Rippen, vor; dieselben sind ebenfalls an der Scapula, am Knie und am Arm vorhanden. Sie sind natürlich congenital, und gar nicht so selten, meist Knorpelechondrosen. In diesem Fall sind sie an ungewöhnlichen Stellen vorhanden. Wenn nur wenige Exostosen da sind und dieselben die Bewegung hindern, kann man an Extirpation denken. Die Heilung ist eine langsame.

Dr. Willy Meyer sagt, dass die Operation nicht gefährlich ist und es bei Aufrechterhaltung der Asepsis gewiss gelingen wird, die Wunde per primam zur Heilung zu bringen.

Dr. Langmann hat mehrere Fälle gesehen und erinnert sich besonders einer Familie von 4 oder 5 Mitgliedern, welche alle mit solchen Auswüchsen behaftet waren.

Demonstration von Präparaten.

1. Dr. Willy Meyer zeigt eine Anzahl von Papillomen, welche von der Blase eines 45jährigen Patienten stammen. Derselbe litt jahrelang an Blasenbeschwerden, die nicht zu deuten waren. Das Cystoskop wurde eingeführt und konnte man einen grossen Tumor in der Gegend der rechten Ureterenmündung und kleinere Wucherungen durch die Blase zerstreut sehen. Die Tumoren wurden extirpirt und zeigte die mikroskopische Untersuchung Papillom. Es war keine Strictur vorhanden und keine Nierenerkrankung. Patient fühlte sich dann längere Zeit wohl, doch stellten sich vor 6 Monaten wieder Zeichen einer Behinderung des Blasenhalses ein. Das Cystoskop wurde wieder eingeführt und sah man ein ganzes Feld von Tumoren aller Grössen. Auf der Narbe des grossen extirpirten Tumors war ein Recidiv vorhanden, welches mit dem Mikroskop als carcinomatös diagnosticirt werden konnte. Zwei Jahre nach der ersten Operation wurde die zweite gemacht und ungefähr 12 Tumoren entfernt. Das carcinomatös degenerirte Recidiv wurde mit Paquelin entfernt. Ein Wiederwuchern an der Base des extirpirten Tumors dürfte zu erwarten sein.

In der Discussion, an welcher sich die Herren Dr. Gleitsmann, Gutmann, Schmitt, Jacobi und Heitzmann betheiligten, frägt Gleitsmann, ob Fälle bekannt seien, in welchen, speciell im Larynx, eine ursprünglich gutartige Geschwulst bösartig geworden sei; es sei ihm kein solcher Fall bekannt.

Dr. Louis Heitzmann sagt, dass vom pathologischen Standpunkt bösartige Recidive von ursprünglich gutartigen Geschwülsten gar nicht so selten seien und in irgend einem Organ vorkommen können. Speciell im Larynx erinnert er sich zweier Fälle, der eine, ein ursprüngliches Papillom, wurde carcinomatös, bei dem anderen war ein Fibroangiom vorhanden, welches sarcomatös entartete.

Dr. A. Jacobi sagt, dass überall dort, wo dauernde Reizung vorhanden ist, ein gutartiges Leiden bösartig werden könne, zum Beispiel bei Pylorushypertrophie, Magengeschwür, langdauernde Metritiden u. s. w.

2. Dr. Willy Meyer zeigt ferner ein Mammacarcinom, welches er nach seiner neuen Methode entfernte. Dieselbe besteht darin, dass rings um den Sitz des Krebses operirt wird, die Pectoralmuskeln und Drüsen mit entfernt werden und der Krebs selbst nie berührt wird.

Dr. Torek sagt, dass die Operation ein entschiedener Fortschritt sei und dass er einen Fall hatte, in welchem vergrösserte Drüsen unter dem Pectoralis minor vorhanden waren, und hätte man dieselben nach der alten Operationsweise nie gefunden.

Therapeutische Notizen.

Im Centralblatt für Innere Medicin, No. 47, 1895, empfiehlt Dr. Richard Drews, Spezialarzt für Kinderkrankheiten in Hamburg, Salophen zur Behandlung der nervösen Form der Influenza auf das Wärmste. Als Gaben giebt D. an, bei Erwachsenen zunächst 2,0 gr., sodann in 2—3stündlichen Intervallen je 1,0, bis 5—6 gr. pro die erreicht sind, während er bei geringerer Intensität der Symptome und bei schwächeren Personen, besonders Frauen, Dosen von 0,5 bis 0,75 in2— 3stündlichen Intervallen für genügend hält, um die verschiedensten neuralgischen Schmerzen rasch zu bessern und in 2—3 Tagen völlig zur Heilung zu bringen..

Bei Kindern giebt er Dosen von 0,3 bis 0,5, je nach dem Alter, und 4—5 gr. pro die.

In keinem einzigen Fall traten bei der Anwendung des Salophens weder bei Erwachsenen noch bei Kindern irgend welche unangenehme Symptome auf.

Die Einwirkung des Salophens auf die nervösen Erscheinungen der Influenza ist eine so günstige, dass D. nicht ansteht, das Salophen als ein Specificum bei der nervösen Form der Influenza zu erklären, eben so wie man das Antipyrin ein Specificum bei der respiratorischen Form der Influenza genannt hat.

Dr. Senfft, in Wiesbaden, giebt für die Dosirung des Lactophenins, welches er für ein vorzügliches Antipyreticum, Antineuralgicum und Antirheumaticum sowohl, als auch Sedativum hält, folgende Anweisung in der Wiener Medicinischen Presse, 15. December 1895.

Man verabreiche in der Kinderpraxis in fieberhaften Erkrankungen das Lactophenin in der Weise, dass Kindern bis zu einem Jahre nur bis zu 0,5 Grm. und von da ab bis zum 14. Lebensjahre die Dosen nach der für das Kindesalter gebräuchlichen Scala:

2.	Lebensjahr	$\frac{1}{8}$	der	Dosis	für	Erwachsene
3.	"	$\frac{1}{6}$	"	"	"	"
4.	"	$\frac{1}{5}$	"	"	"	"
7.—12.	"	$\frac{1}{3}$	"	"	"	"
12.—14.	"	$\frac{1}{2}$	"	"	"	"

im Bedürfnissfalle gereicht werden.

Unter diesen Cautelen werden, soweit die jetzigen Erfahrungen ein Urtheil gestatten, ungünstige Wirkungen des Lactophenin vermieden werden, wenn auch vielleicht einmal ein unschädliches idiosynkratisches Arzneiexanthem auftreten sollte, worüber von S. jedoch bis jetzt auch keine Beobachtungen gemacht worden sind.

Wir werden um die Mittheilung ersucht, dass die bekannte Firma Schulze-Berge und Köchl jetzt als Victor Köchl und Companie ihre Geschäfte weiterführt.

Pospelow hat von der Behandlung der Gesichtsakne mittelst Massage die besten Erfolge gesehen. Er wendet folgendes Verfahren an: Vor dem Schlafengehen setzt sich der Kranke, nachdem er sich die Hände in sehr warmem Wasser gewaschen und abgetrocknet hat, vor den Spiegel und führt mit den vorher befetteten Fingern Effleuragestriche aus, um den Inhalt der Talgtrüsen auszudrücken. Diese Streichungen müssen aber immer in einer gewissen Richtung ausgeführt werden: An der Stirne von der Sagittallinie gegen die Schläfen, an den oberen Theilen der Wange vom inneren Augenwinkel gegen den äusseren, weiter unten vom Ohr gegen die Nase, von der Nasolabialfurche gegen die Lippencommissur und vom Kieferwinkel gegen das Kinn. Nach dieser Sitzung, welche 15—20 Minuten dauert, soll das Gesicht nicht gewaschen werden. Am nächsten Morgen wäscht sich Patient mit lauwarmem Wasser, trocknet das Gesicht sorgfältig mit einem Leinentuch und beginnt nach einer Stunde die Massage von neuem, doch in einer minder energischen Weise als am Abend und nur durch zehn Minuten. Hierauf wird das Gesicht von neuem mit Reispulver oder mit Amylum bedeckt. Die Massagesitzungen müssen regelmässig alle Tage früh und abends wiederholt und durch mehrere Monate fortgesetzt werden. Da die Gesichtsakne eine so lästige und widerstandsfähige Affection ist, so glaubt P., dass die Erfolge, die man in der Mehrzahl der Fälle mit der Massage erzielt, die Umständlichkeit dieser Methode reichlich aufwiegen.

Einem Vortrage des sächsischen Landes-Medicinal-Collegiums an das Königl. Ministerium des Innern, Dr. Hommel's Haematogen betreffend, entnehmen wir Folgendes:

Dr. Hommel's Haematogen, welches in den Apotheken in Flaschen von ca. ¼ Liter Inhalt zum Preise von 3 Mk. feilgehalten wird, ist eine blutrothe klare Flüssigkeit von süsslichem Geschmack mit schwach aromatischem Geruch und neutraler Reaction; unter dem Mikroskope erscheint es als eine klare Flüssigkeit, in welcher eine geringe Anzahl von Zellen (weisse Blutkörperchen) suspendirt ist.

Das Gewicht des Inhaltes einer aus der Salomonis-Apotheke bezogenen Probe betrug 263,5 g, das specifische Gewicht 1,1106 bei 15 ° Celsius.

In 100 Theilen der Masse wurde nachgewiesen:

36,84	Theile	Wasser,
16,62	„	eiweissartige Stoffe,
23,47	„	Glycerin,
0,90	„	Mineralstoffe,
0,05	„	Eisen,
2,17	„	Alkohol.

Die Mineralstoffe erwiesen sich als schwefelsaure und phosphorsaure Salze von Kalium und Kalk.

Mangan wurde nur in Spuren nachgewiesen.

Conservirungsmittel, und zwar Borsäure, Salicylsäure, schweflige Säure, Creosot konnten nicht aufgefunden werden.

Die bakteriologische Untersuchung zweier Proben Haematogen, welche zu verschiedenen Zeiten aus der Apotheke bezogen worden waren und von denen die eine unmittelbar nach Oeffnung der Flasche, die andere nach mehrtägigem Stehen unter wiederholter Lüftung des Propfens untersucht wurde, ergab:

1. in der frisch untersuchten Probe zahlreiche, die Platten schnell überwuchernde Schimmelpilze;

2. in der älteren Probe zahlreiche Hefepilze und Sarcinecolonieen.

Nach längerem Stehen der geöffneten Flasche veränderte sich die Farbe der Flüssigkeit und ging infolge eintretender Entwicklung der Mikroorganismen in braunroth über.

Dem Verfertiger des Mittels ist ein Deutsches Reichspatent Nr. 81391 verliehen worden. Hält man die Angaben der Patentschrift mit den Ergebnissen der vorstehenden Untersuchung zusammen, so entspricht die Zusammensetzung der untersuchten Probe nur zum Theile der dort gegebenen Beschreibung des Verfahrens zur Herstellung des Haematogen. Nach dieser soll nämlich entweder das ganze Blut oder nur die durch Centrifugirung ausgeschiedenen Blutkörperchen im Wasser gelöst werden, aber unter Zusatz eines flüchtigen Antisepticums, Creosot oder Alcohol, welche die Zersetzung der Blutlösung bei nachfolgender Einengung im Vacuum und bei verhältnissmässig geringer Temperatur verhüten sollen. Diese Antiseptica müssten nach der Patentbeschreibung vollkommen verjagt werden, was aber offenbar in praxi nicht immer geschieht, denn in der untersuchten Probe fanden sich noch 2,17 Procent Alcohol. (Andere Beobachter haben bis 3,96 Procent Alcohol gefunden.) Ausser diesem Alcoholgehalte ist auch durch die Untersuchung in Uebereinstimmung mit der Patentschrift ein Gehalt an Glycerin nachgewiesen worden, und zwar betrug derselbe 23,47 Procent, also fast der vierte Theil der Flüssigkeit ist Glycerin, welches zur Verbesserung des Geschmackes und gleichzeitig zur Conservirung dienen soll.

Nach diesen Ergebnissen ist das Haematogen als Geheimmittel anzusehen.

Es wird zwar ausdrücklich vom Erfinder als „Nähr- und Kräftigungsmittel — also kein Medicament oder Specialmittel" — bezeichnet, daneben aber doch und zwar in unverkennbar marktschreierischer Weise zur Verhütung und Behebung einer Anzahl von Krankheiten empfohlen.

Seine Zusammensetzung ist nicht allgemein bekannt gegeben, und selbst wenn man die Patentschrift als eine Form einer solchen Bekanntgabe anerkennen wollte, so würde doch aus ihr die wirkliche Zusammensetzung des Mittels nicht hervorgehen, denn thatsächlich

wurde in der Flüssigkeit Alcohol gefunden, der nach der Patentbeschreibung nicht darin enthalten sein dürfte. Es sind somit genügend Merkmale vorhanden, das Haematogen als Geheimmittel zu charakterisiren.

Ein Verbot des Verkaufes besagten Mittels, wie es die K. K. böhmische Statthalterei erlassen hat, erscheint nach diesseitiger Auffassung in Deutschland unzulässig, da das Deutsche Reich dem Erfinder ein Reichspatent verliehen hat und so die Herstellung und den Vertrieb des Mittels unter seinen Schutz genommen hat.

Wohl aber ist das Collegium der Meinung, dass der Verkauf des Haematogen ausschliesslich den Apotheken zu gestatten sei, denn nach Herstellung und Zusammensetzung gehört dasselbe unter die Mixturen im Sinne der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 und fällt somit unter die in dem jener Verordnung beigegebenen Verzeichnisse unter A 5 aufgeführten Zubereitungen, welche als Heilmittel nur in Apotheken feilgehalten oder verkauft werden dürfen.

Das Collegium erachtet es schliesslich als selbstverständlich, dass, nachdem das Haematogen als Geheimmittel anzusehen ist, die öffentliche Ankündigung desselben in Gemässheit der Verordnung vom 29. Mai 1895 verboten ist.

(Korrespondenzblatt der ärztl. Bezirksvereine des Königreichs Sachsen.)

Ichthyol bei Wunddruck der Füsse und gegen Schweissfüsse. Da die bisher allgemein angewendeten Mittel nur zum Theil den zu stellenden Anforderungen genügen, hat Dr. Herz nach einem Bericht der Deutschen Medicinalzeitung Versuche mit Ichthyol gemacht. Er verwandte eine 20-procentige Lösung. Diese bildet nach dem Eintrocknen eine Schutzdecke, lindert die Schmerzen und hindert die Beweglichkeit in keiner Weise. Die wunden Stellen werden durch das Ichthyol desinficirt und das weitere Eindringen fremder Stoffe verhindert. Schon nach 24 Stunden waren die Anschwellungen der Füsse geschwunden und die weitere Heilung in sehr kurzer Zeit beendet. Dieselben guten Erfolge erzielte Herz bei der Behandlung wund gelaufener Stellen zwischen den Schenkeln. Er empfiehlt desshalb bei allen diesen Fällen, besonders auch gegen Schweissfüsse, die Anwendung von Ichthyol in 25-procentiger Lösung.

Fleischsaft-Gefrorenes. Das hätten sich die Zuckerbäcker wohl niemals träumen lassen, dass sie dereinst aus Fleischsaft Gefrorenes herzustellen haben würden. Geheimrath v. Ziemssen in München hatte nämlich — so berichtet man dem Wiener „Fremdenblatt“ — bereits vor Längerem, von der Thatsache ausgehend, dass frisch ausgepresster Fleischsaft als Nährmittel den Kranken ganz vorzügliche Dienste leiste, die Idee gefasst, für solche Patienten, die

der Blutgeschmack des Fleisches anwidert, in der Konditorei ein „Fleisch-Gefrorenes" bereiten zu lassen. Es zeigte sich durch Zusatz von Cognac und Vanillezucker von solch angenehmem Geschmack, dass die Patienten es sehr gerne nehmen.

(„Südd. Ap.-Ztg.")

Gegen das Jucken bei Urticaria empfiehlt Dr. C. Berliner in Aachen ein einfaches Verfahren. Man befeuchtet die erkrankten Stellen mit kaltem Wasser und frottirt sie hierauf 10—15 Min. lang mit einigen Körnchen Kochsalz, die man vorher mit der befeuchteten Fingerkuppe aufgenommen hat. Der Kranke spürt sehr bald ein leichtes Brennen, was aber kurz darnach durch das Gefühl einer angenehmen Kühle und die beträchtliche Verminderung oder das gänzliche Verschwinden des Juckens ersetzt wird. Gleichzeitig pflegen die Urticariaquaddeln sehr rasch zu verschwinden. Man bestreicht die so behandelten Stellen dann mit Zinksalbe oder bestreut sie mit Reismehl.

Allerlei.

Der New York State Medical Reporter kündigt folgendes Buch an: Don'ts for Consumptives, or, the scientific management of pulmonary tuberculosis, welches, soweit aus der Notitz ersichtlich, für den intelligenten Patienten geschrieben ist, um dem Arzt die Sorge für viele Kleinigkeiten abzunehmen.

Dr. Cyrus Edson, Mitglied der „N.Y. City Board of Pharmacy" und früherer Commissionär der „N. Y. City Board of Health" hat bei der „County Medical Society" seine Resignation eingereicht und zwar ohne Angabe von Gründen. Man vermuthet aber, dass es desshalb geschah, weil die Statuten letzterer Gesellschaft das Indossiren von Medicamenten für Reklamezwecke seitens der Mitglieder nicht gestatten.

Entgegen der Volksinitiative auf vollständiges Verbot der Vivisektion beschloss der Züricher Kantonsrath mit grosser Mehrheit nur eine Beschränkung auf das für wissenschaftliche Forschungen und Lehrzwecke Nothwendige.

Roentgen'sche Strahlen. Im Jahre 1879 erregten Versuche des bekannten englischen Chemikers und Physikers Crookes Aufsehen nicht nur bei Fachmännern, sondern auch in weiteren Kreisen. Schon seit mehr als 20 Jahren (Gassiot 1854, Plücker und Geissler 1856) wusste man, dass durch eine Glassröhre, in welcher die Luft auf den 400. Theil ihrer gewöhnliche Dichte herabgebracht (verdünnt) ist, die hochgespannten Ströme eines Inductionsapparates hindurch

gehen und dabei in dem verdünnten Gas prachtvolle Lichterscheinungen erregen; die elektrischen Ströme treten in die Röhre ein und aus durch zwei Platindrähte, welche in sie eingeschmolzen sind und häufig verschieden geformte Platinbleche tragen. Der negative Draht (die Kathode) erscheint umgeben von einer zarten tiefblauen Lichthülle, von dem positiven Draht aus aber ergiesst sich eine pfirsichblüthrothe Lichtgarbe durch die ganze Röhre fast bis zur negativen Lichthülle. Bald aber lernte man, durch Vervollkommnung der Quecksilberluftpumpe die Luft in einer solchen „Geissler'schen Röhre", wie man sie gewöhnlich nennt, noch viel weiter, bis auf ein Milliontel ihrer gewöhnlichen Dichte, zu verdünnen. Nun zeigten sich in der Röhre völlig andere, ganz unerwartete Erscheinungen. Mit fortschreitender Verdünnung zieht sich der positive Lichtstrom immer mehr zurück und verschwindet fast ganz, das bläuliche negative Licht (Kathodenlicht) aber breitet sich immer weiter aus und erfüllt schliesslich die ganze Röhre; während der positive Lichtstrom, soweit er vorhanden ist, allen etwaigen Krümmungen der Röhre folgend immer nach dem negativen Pole hinstrebt, geht der negative Lichtstrom nur in geraden Linien (Kathodenstrahlen), welche zur Oberfläche der Kathode senkrecht stehen, weiter, ohne sich im geringsten um die Lage des positiven Poles zu kümmern. Ein Magnet jedoch, den man von aussen der Röhre nähert, lenkt die Kathodenstrahlen ab und zwängt sie in krummlinige Bahnen. Röhren, welche diese Erscheinungen zeigen, nennt man gewöhnlich Crookes'sche Röhren. Diese Erscheinungen selbst waren aber schon früher, 1869, von Hittorf, Professor in Münster in Westfalen, entdeckt und ausführlich beschrieben worden. Während aber die Arbeiten des bescheidenen deutschen Gelehrten nur in Fachkreisen verdiente Anerkennung fanden, verstand es Crookes, durch elegante Gestaltung der Versuche mannigfaltige und anmuthige Erscheinungen hervorzurufen und damit das Interesse eines grösseren Publikums zu erregen, umsomehr, da er die ungewöhnlichen Erscheinungen durch die sensationelle Annahme zu erklären suchte, dass das Gas in der Röhre in einen „vierten Aggregatzustand", den der „strahlenden Materie" versetzt sei. Wenn auch Crookes sich das nicht gering anzuschlagende Verdienst erworben hat, die Kenntniss der Kathodenstrahlen in weiteren Kreisen zu verbreiten, so erscheint es doch gerecht, die Röhren, in denen sie auftreten, nach dem eigentlichen Entdecker lieber Hittorf'sche Röhren zu nennen.

Die Kathodenstrahlen sind in die Glasröhre gebannt; Körper, die man ihrer Wirkung aussetzen will, müssen deshalb in die Röhre eingeschlossen werden. Da wo sie auf die Glaswand treffen, erregen sie das Glas zu lebhaftem gelbgrünem Selbstleuchten (Flourescenz), dringen aber nicht hinaus. Erst vor Kurzem (1893) gelang es Lenard in Bonn, die Strahlen aus der Röhre ins Freie zu lassen. Nachdem Heitz gefunden hatte, dass dünne Blattmetalle für Kathodenstrahlen

durchlässig sind, fügte Lenard in die Wand einer Hittorf'schen Röhre ein dünnes Aluminiumblatt ein und durch dieses dunkle „Fenster“ in durchsichtiger Wand gingen die Kathodenstrahlen hinaus in die Luft und erregten dieselbe zu diffusem Leuchten.

So lag die Sache bis zu der wichtigen Entdeckung Roentgen's (December 1895), die in den letzten Tagen mit Recht so grosses Aufsehen hervorrief. Roentgen umhüllte die Hittorf'sche Röhre mit schwarzem undurchsichtigem Carton und fand, dass eine in die Nähe des Apparates gebrachte fluorescirende Substanz, z. B. Baryumplatincyanür, aufleuchtet. Es muss demnach von der Röhre ein gewisses Etwas ausstrahlen, das durch die für Licht undurchlässige schwarze Cartonhülse dringt und, obgleich für unser Auge nicht wahrnehmbar, auf den fluorescirenden Körper ähnlich wirkt wie Licht. Diese unsichtbare Strahlung geht aus, wie sich weiter zeigen liess, von den Stellen der Glaswand, welche von den Kathodenstrahlen getroffen und zu gelbgrünem Leuchten gebracht werden. Kathodenstrahlen können diese Strahlen nicht sein, da ihnen die charakteristische Eigenchafts, die Ablenkbarkeit durch den Magnet, abgeht. Für diese neue Art von Strahlen, die Roentgen vorläufig X-Strahlen nannte, sind alle Körper mehr oder weniger durchlässig; sie gehen leicht durch Papier, durch ein dickes eingebundenes Buch von mehr als 1000 Seiten, durch Holzblöcke und dicke Bretter, durch Hartgummiplatten, auch durch Metallplatten, wenn sie nicht zu dick sind. Die Durchlässigkeit verschiedener Substanzen, ist bei gleicher Schichtendicke wesentlich bedingt durch ihre Dichte: das spezifisch schwere Blei z. B. ist schon bei 1.5 Millimeter Dicke so gut wie undurchlässig, während eine zehnmal so dicke Schicht des leichten Aluminiums die Wirkung zwar schwächt, aber nicht vollkommen zum Verschwinden bringt. Wie Roentgen ferner nachwies, werden die neuen Strahlen von den Körpern weder gebrochen noch zurückgeworfen, wohl aber, ähnlich wie Licht in einem trüben Mittel, zerstreut.

Von besonderer Bedeutung aber ist die Thatsache, dass gewöhnliche photographische Trockenplatten für die neuen unsichtbaren Strahlen empfindlich sind, so dass man die Erscheinungen fixiren kann. Da die Strahlen durch dünnere Holz-, Papier- und Staniolschichten fast ungehindert hindurchgehen, so kann man die Aufnahme bei geschlossener Cassette oder auf der in Papier gewickelten photographischen Platte selbst im beleuchteten Zimmer machen.

Diese Versuche Roentgen's, namentlich die letzteren photographischen, wurden im physikalischen Institut der Münchener Universität wiederholt und zwar mit vollem Erfolge. Anfangs zwar wollten die Versuche nicht gelingen, vielleicht weil die vorräthigen, schon oft gebrauchten Hittorf'schen Röhren diese Wirkungen nicht mehr stark genug hervorbrachten, obgleich sie die Erscheinungen des Kathodenlichtes noch sehr gut zeigten. Frische Röhren aber gaben die Erscheinungen sofort. In den horizontal eingeklemmten Röhren wurde

durch einen genäherten Magneten der Strom des Kathodenlichts nach unten gedrängt und eine photographische Platte in geschlossener Casette oder mit geschwärztem Papier umhüllt darunter gelegt; Buchstaben und Ornamente, in Metallplatten ausgeschnitten und auf den Deckel der Cassette gelegt, bilden sich nach wenigen Minuten als Schattenbilder ab, indem die Strahlen durch das Holz, wo es freiliegt, durchgehen und die empfindliche Schicht schwärzen, dagegen an den von Metall bedeckten Stellen mehr oder weniger abgehalten werden. Ebenso bilden sich die in einem Holzetui eingeschlossenen Messingstücke eines Gewichtssatzes ab, ebenso die Münzen in einem Portemonaie durch die Lederhülle hindurch. Merkwürdig ist, dass Glas und durchsichtige Krystalle, wie Kalkspat, Bergkrystall, Flussspat etc. für die Strahlen weniger durchlässig sind als Holz; denn sie bilden sich, in geschlossenem Kästchen auf den Cassettendeckel gestellt, im Negativ hell auf dunklem Grunde ab. Legt man die Hand auf den Kassettendeckel, so erscheint auf der Platte ein Schattenbild, da die Strahlen durch die Weichtheile leichter hindurchgehen, als durch die Knochen, welches im Positiv die dunkleren Schatten der Handknochen in dem nur wenig dunklen Schattenbild der Hand erkennen lässt. Lässt man die Strahlen durch ein in eine Bleiplatte gebohrtes und der Röhre nahe gebrachtes Loch gehen, so erscheinen die Knochen in scharfen Umrissen, die Markhöhle in der Mitte heller, auch die Fingernägel zeigen sich im Bilde, und ein goldener Ring scheint frei um den Finger zu schweben.

Wir werden von der Firma Leopold Voss, Hamburg, um die Aufnahme folgender Notiz ersucht:

„Dr. Unna's dermatologische Preisaufgabe lautet für das Jahr 1896: „Das Verhalten der Epithelfaserung während der Entwickelung der weichen Muttermäler und der alveolären Carcinome."

Bedingungen: 1. Die Bewerbung ist eine vollkommen unbeschränkte; jedoch ist das Thema speciell nach Inhalt und Umfang für medicinische Doctoranden berechnet. 2. Die Aufgabe wird jährlich um Ostern ausgeschrieben. 3. Die Arbeit muss bis zum 1. December desselben Jahres eingeliefert werden. 4. Der Preis beträgt für dieses Jahr 900 Mark. 5. Die Ertheilung des Preises findet im Laufe des Monats Januar des auf die Ausschreibung folgenden Jahres statt. 6. Die Arbeit ist, mit einem Motto versehen, an die Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, kostenfrei einzusenden nebst einem versiegelten Briefe, welcher Namen und Adresse des Verfassers enthält und aussen dasselbe Motto trägt. 7. Die Arbeit muss in deutscher Sprache und durchaus leserlich auf einseitig beschriebenen Bogen geschrieben sein. Die nothwendigen Zeichnungen sind auf besonderen Blättern beizulegen. 8. Belegpräparate sind in möglichst reicher Auswahl, gut verpackt, der Arbeit beizufügen;

die der preisgekrönten Arbeit angehörigen verbleiben im Besitze des Preisgebers.

9. Erläuterungen zur diesjährigen Aufgabe: Das Hauptgewicht wird auf eine gute Färbung des Epithelprotoplasmas und der Epithelfaserung gelegt, sodass die eigenthümlichen Veränderungen (Metaplasie) der Epithelien, welche mit ihrer Abschnürung vom Mutterboden und ihrem Fortwuchern in der Cutis einhergehen (Verlust der Faserung, Veränderung der Tingibilität), klar hervortreten. Ueber die Methoden der Färbung des Epithelprotoplasmas s. Monatsh. f. prakt. Derm. 1894. Bd. XIX. pag. 277, der Färbung der Epithelfasern s. Monatsh. f. prakt. Derm. 1894. Bd. XIX. pag. 1. Uebrigens ist der Benutzung und Erfindung anderer guter und besserer Färbemethoden der weiteste Spielraum gegönnt. Ueber die Metaplasie der Epithelien bei der Entstehung der weichen Naevi und der alveolären Carcinome vergl. in Unna's Handbuch der Histopathologie der Haut (Hirschwald, 1894) die Kapitel über Naevi und Carcinom. Die dort nur in grossen Umrissen gezeichneten Vorgänge sollen möglichst im Detail studirt und durch gute Präparate erläutert werden. Eine Heranziehung der Frage nach dem Einfluss des Pigmentes auf die in Rede stehende Metaplasie ist nicht ausgeschlossen.

Eingesandt.

Berliner Klinik, Heft 91: Ueber primären und secundären Larynx-Lupus, unter Mittheilung von vier Fällen. Von Dr. Arthur Rubinstein.

Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Specialärzte. 82.—88. Lieferung.

Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten, herausgegeben von Dr. F. Pengoldt und Dr. R. Stintzing. 23.—25. Lieferung.

Büchertisch.

Das Nervenleben des Menschen in guten und bösen Tagen, eine Schrift zur Belehrung, zu Rath und Trost, von Dr. J. L. A. Koch, Director der K. W. Staatsirrenanstalt, Zwiefalten. 3. Auflage. Ravensburg, Verlag von Otto Maier. (Zugestellt von Stechert.

Jeder Arzt geht wohl mit einer gewissen Reserve, um nicht zu sagen Vorurtheil, an die Beurtheilung eines für Laienkreise bestimmten Buches, eine Durchsicht des vorliegenden jedoch muss bald zu der Ueberzeugung führen, dass wir es hier mit einem ausserordentlich verständlich und verständig geschriebenen Werke zu thun haben. In vorzüglich klarer und ruhig darstellender Weise bespricht Verfasser in seinen sechs Kapiteln das Nervensystem und die Seele, die Krankheiten des Nervensystems, die Ursachen, Verhütung und Behandlung der Nervenleiden.

Ein solches Buch in den Händen der Laienwelt wird eine rühmliche Ausnahme bilden, indem die daraus gewonnenen Anschauungen den behandelnden und rathenden Hausärzten und Specialisten nicht hindernd in den Weg treten, sondern sie unterstützen werden.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

herausgegeben von

Dr. E. Bachmann, Dr. J. Brettauer, Dr. A. F. Buechler, Dr. A. Caillé, Dr. F. Foerster, Dr. E. Fridenberg, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Lange, Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. F. Schwyzer, Dr. G. Seeligmann, Dr. A. Seibert, Dr. G. Troje.

Redigirt von

Dr. OTTO G. T. KILIANI.

Bd. IX. New York, 20. März 1896. No. 3.

ORIGINALARBEITEN.

Die modernen Indicationen der Uterus-Exstirpation.*)

Von Dr. FLORIAN KRUG.

Herr Präsident und meine Herren! Es ist keineswegs meine Absicht, Ihnen eine erschöpfende Abhandlung über das im Titel erwähnte Thema vorzuführen. Befürchten Sie auch nicht, dass ich Sie mit Statistiken plagen werde. Ich werde mich ferner bestreben, keine technischen Streitfragen zu berühren, und Ihnen erst recht keine neu „erfundenen" Instrumente vorzeigen. Alles dies gehört vor eine Fachgesellschaft und passt nicht in den Rahmen unserer Versammlung. Doch hoffe ich, dass es mir gelingen möge, Ihnen in flüchtigen Umrissen und grossen Zügen eine Skizze der modernen Indicationen der Gebärmutter-Exstirpation zu entwerfen und damit für kurze Zeit Ihr Interesse zu erregen.

Obgleich in früherer Zeit vereinzelte Fälle von Uterus-Exstirpation mehr oder weniger glaubwürdig berichtet worden sind und später unter der Führung von Péan, Hegar und Kaldenbach diese Operation eine berechtigte Stellung in der operativen Gynaekologie einnahm, so ist doch die Total-Exstirpation im wissenschaftlichen Sinn eine durchaus moderne Errungenschaft, die ihren heutigen Stand der Vervollkommnung

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft in New York vom 6. Januar 1896.

der Asepsis, dem kühnen chirurgischen Unternehmungsgeist der jungen Generation und „last but not least“ der Einführung der Trendelenburg'schen Beckenhochlagerung verdankt. Ich erwähne ausdrücklich die Trendelenburg'sche Lage, denn es ist nicht zu viel gesagt, dass sie ebenso sehr der Schlüssel zur Uterus-Exstirpation gewesen, wie die Sims'sche Lage zur erfolgreichen Operation der Scheidenfisteln.

Um in medias res zu gelangen, so lassen Sie mich mit derjenigen Indication zur Hysterektomie beginnen, die heutzutage ziemlich unbestritten ist. Ich meine die bei malignen Erkrankungen der Gebärmutter. Freund's erste erfolgreiche Hysterektomie bei krebsigem Uterus im Jahre 1878 war in der That der Wendepunkt zur neueren Gebärmutter-Chirurgie, und obgleich die nachfolgenden Operateure die erschreckliche Zahl von 50—80 Procent Mortalität aufzuweisen hatten, so bleibt doch Freund's Verdienst, den Anstoss in der richtigen Direction gegeben zu haben, ungeschmälert. Die schlechten Resultate hatten die abdominale Exstirpation so sehr in Misskredit gebracht, dass sich kaum jemand daran wagte, als Czerny durch die Einführung der verbesserten vaginalen Methode derselben neuen Aufschwung gab. Noch waren jedoch manche heisse Kämpfe mit Zauderern zu bestehen. Zaghaftigkeit und wahrscheinlich auch eigene schlechte Resultate veranlassten viele, der neuen Lehre entgegenzutreten und sich mit palliativen Methoden wie Amputation der Cervix, Cauterisation etc. zu behelfen. Allein vor der allüberzeugenden Wahrheit der Resultate musste sich alles beugen, und heutigen Tages haben wir es bei Carcinom des Uterus nur mit der Frühzeitigkeit der Diagnose und mit der Wahl der vaginalen oder abdominalen Route zu thun. Und gerade hier lassen Sie mich, wie schon so häufig, an Sie appelliren, dass es die heilige Pflicht des Familienarztes ist, keinen Fall von atypischen Gebärmutterblutungen ohne genaue Untersuchung mit allen möglichen Mitteln behandeln zu wollen, ehe nicht die Möglichkeit einer incipienten malignen Erkrankung völlig ausgeschlossen ist. Nur d a n n können wir auf Immunität von Recidiven rechnen, wenn die Fälle frühzeitig erkannt und zur Operation gebracht werden.

Im Allgemeinen ist hier womöglich stets die vaginale Methode vorzuziehen. Ist jedoch der Uterus nicht frei beweglich, ist Verdacht auf maligne Infiltration der Ligamente oder auch auf entzündliche Entartung der Adnexa vorhanden, so ist stets die abdominale Route in Trendelenburg'scher Hochlagerung die bessere und sicherere Methode. Die letztere macht stets das Operationsfeld zugänglicher als irgend eine andere Methode. Die sacrale und die pararectale Methode haben absolut keinen Vorzug vor derselben und sollten nie angewendet werden.

Hat sich die Erkrankung so sehr auf Nachbarorgane verbreitet, dass die Operation nicht mehr im Gesunden vorgenommen werden kann, so ist es meine entschiedene Meinung, dass der Versuch der Total-Exstirpation zu verwerfen ist und dass die Patientinnen weit besser durch palliative Mittel (Ausschabung der weichen blutenden Massen, Paquelinisirung und antiseptische Nachbehandlung) viel länger am Leben und in verhältnissmässiger Behaglichkeit erhalten werden können.

Ich komme nun zu einer weiteren Indication der Hysterektomie — die fibroide Entartung der Gebärmutter. Die ersten bekannt gewordenen Exstirpationen wurden alle auf falsche Diagnose hin vorgenommen. Man hatte Ovarialcysten diagnosticirt und fand nach Eröffnung der Bauchhöhle multiple Fibroide. Die Mortalität war eine entsetzliche. Péan war der erste, der im Jahre 1873 neun auf genaue Diagnose und Indication hin erfolgreich operirte Fälle veröffentlichen konnte und damit den Hauptanstoss zur Einbürgerung dieser segensreichen Operation gab. Fast zu gleicher Zeit waren Hegar und Kaltenbach in gleicher Weise thätig. Wie die Ovariotomie zuerst mit extraperitonealer Stielversorgung begann, so wagte man auch bei der Uterusexstirpation zunächst nur, den Stiel extraperitoneal im unteren Wundwinkel zu befestigen und erzielte damit bessere Resultate als die Operateure, die denselben auf verschiedene Weise versenkten. Erst die allerneueste Zeit hat uns die fast universelle Annahme der completen Exstirpation gebracht.

Dass die Hauptgefahren nach der Exstirpation (Sepsis und secundäre Blutung) stets von dem Stumpf herrührten, war eine zu offen liegende Thatsache. Sobald also die Technik

der Operation so vervollkommnet war, dass die Entfernung des Stumpfes, also die radikale Operation, keine besonderen Gefahren in sich schloss, so war das Hauptargument der Gegner der neuen Richtung gefallen. Mir persönlich, der hierzulande von Anfang an gegen die unzulängliche und veraltete Methode der extraperitonealen Stielversorgung in Wort und Schrift auftrat, ist es eine hohe Genugthuung, zu sehen, dass in den letzten paar Jahren ein fast allgemeiner Umschwung zu Gunsten der modernen Methode stattgefunden hat.

Was nun die Indication zur Exstirpation des fibroiden Uterus anbelangt, so hat deren Ausdehnung mit der Verbesserung der Technik und damit der Resultate Schritt gehalten. Es ist eine wohlbekannte Thatsache, dass viele Frauen, die mit kleinen oder mittelgrossen Fibromknoten behaftet sind, ein hohes Alter erreichen können, ohne dass je sehr beschwerliche Symptome sich einstellen. Diese Fälle bedürfen weiter nichts als genaue Beobachtung eines gewissenhaften Arztes, damit, falls Verschlimmerung eintrete, der günstige Zeitpunkt zur Operation nicht versäumt werde. Die Seifenblase der elektrischen Wegzauberung der Fibrome nach Apostoli ist zum Wohle der leidenden Menschheit so gründlich geplatzt, dass ich hier wohl kein Wort über deren absolute Nutzlosigkeit und die hohe ihr innewohnende Gefahr zu sagen brauche. Dagegen ist das Fibrom des Uterus keineswegs immer die harmlose Erkrankung veralteter Lehrbücher, und möchte ich hier noch einen Punkt berühren, der immer wieder ab und zu falsche Vorstellungen bei Patienten und Aerzten hervorruft. Es ist absolut falsch, zu behaupten, dass das Klimakterium in irgend welcher Weise günstig auf die Fibroide einwirkt. Diesem medicinischen Ammenmärchen ist manches Frauenleben zum Opfer gefallen. Man vertröstete die Frau und sich selbst auf die Wechseljahre und liess sie ruhig zu Tode bluten oder das Fibroid zu solcher Grösse gedeihen und solche Complicationen mit den Nachbar-Organen eingehen, dass eine eventuell unter den ungünstigsten Verhältnissen vorgenommene Operation von tödtlichem Ausgang gefolgt war. Es ist meine sichere Beobachtung, und ich spreche hier auf eine reiche Erfahrung gestützt, dass gerade um die Zeit, wo normaliter die Menopause erwartet werden sollte, Fibroide erst recht Beschwerden

machen und die schleunige Entfernung benöthigen. Mehr als 65 Procent aller Frauen, bei denen ich die Hysterektomie für Fibroid indicirt fand, waren über 40 Jahre alt. Wenn Sie mir diese Thatsache zugeben wollen, so brauche ich kein Wort über die Nutzlosigkeit der artificiellen Menopause — der Castration bei Fibromen — zu sagen. Nur möchte ich anführen, dass ich in einer Reihe von Fällen die von andern vorgenommene Castration durch die Exstirpation ergänzen musste.

Wann nun ist die Indication zur Exstirpation gegeben? Die in Frage kommenden Symptome sind rasches Wachsthum, Blutung und peritonitische Attacken. Die letzteren gebieten alsbaldiges Eingreifen. Hat eine Frau bei Fibroid des Uterus einmal eine localisirte Peritonitis gehabt, so ist es nur eine Frage der Zeit, wann sich dieselbe wiederholt und welche Läsionen die erneuerten Attacken hinterlassen werden. Verhehlen wir uns dabei auch nicht, dass die Aetiologie der ersten peritonitischen Attacken meistens in missverstandenen therapeutischen Eingriffen (intrauterine Application, Elektrizität etc.) zu suchen ist.

Blutung gibt uns eine relative Indication. Bei stationär bleibenden Geschwülsten, die sonst keine Erscheinungen machen, sollte zuerst eine gründliche Curettage versucht und eventuell wiederholt werden. Druckerscheinungen und rasches Wachsthum dagegen bringen die Patientin gewöhnlich selbst sehr bald zu der Ueberzeugung, dass sie operativer Hülfe bedarf. Es ist dann die Pflicht des behandelnden Arztes, nicht werthvolle Zeit vu verlieren.

Dass bei kleineren Fibroiden, die ohne Schwierigkeit per vaginam entfernt werden können, dieser Weg den Vorzug verdient, ist selbstverständlich. Dagegen ist es ein unverzeihlicher chirurgischer Irrthum, bis an den Nabel reichende Fibroide nach der sogenannten französischen Methode par morcellement von der Scheide aus entfernen zu wollen.

Da wir heute Abend nur mit der Uterusexstirpation zu thun haben, so habe ich selbstverständlich andere operative Eingriffe, wie die Enucleation submucöser oder Abtragung subperitonealer Fibromknoten, nicht berührt.

Was nun die weitere Indication der Gebärmutter-Exstirpation, nämlich bei Prolaps, anbelangt, so ist dieselbe eine ver-

hältnissmässig beschränkte. Bei jüngeren Frauen, bei denen die Möglichkeit weiterer Nachkommenschaft vorhanden ist, ist die Totalexstirpation, einerlei wie hochgradig der Prolaps sein möge, nur mit den seltensten Ausnahmen erlaubt. Curettage des Endometrium, Amputation der hypertrophirten Cervix, plastische Operation in der Scheide und am Damm, verbunden mit richtig ausgeführter Ventrofixation, helfen stets. Bei älteren Frauen ist das Pro und Contra in jedem einzelnen Fall sorgfältig abzuwägen. Aber auch hier muss die Uterus-Exstirpation meist durch plastische Operationen ergänzt werden. Ist Gangraen des vorgefallenen Organs oder begründeter Verdacht auf maligne Erkrankung vorhanden, so ist die alsbaldige radikale Operation allemal indicirt.

In fast allen Fällen von Prolaps, in denen wir uns zur Exstirpation entschliessen, ist die Operation per vaginam vorzunehmen. Nur in seltenen Ausnahmsfällen ist die combinirte oder abdominale Methode rathsam. In den verhältnissmässig wenigen derartigen Fällen, die mir vorgekommen sind, war hauptsächlich die Complication des totalen Prolapses mit intra-abdominalen Geschwülsten für mich maassgebend.

Ich komme jetzt zu einer der wichtigsten Indicationen für die Uterus-Exstirpation, nämlich in Fällen von beiderseitiger entzündlicher Erkrankung der Adnexa. Es war in der That ein enormer Fortschritt, als wir erkannten, dass ausserhalb des Puerperiums eiterige Erkrankungen des Beckenbindegewebes zu den grössten Seltenheiten gehören, und als wir den Sitz des Eiterherdes in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als intra-peritoneal anzusehen lernten. Die doppelseitige Salpingo-Oophorektomie bei entzündlichen Veränderungen der Adnexa hat viel Gutes geleistet und viele Frauen von chronischem Siechthum und Tod durch allgemeine Peritonitis gerettet. Und trotzdem konnte sich der gewissenhafte und genau beobachtende Operateur nicht verhehlen, dass trotz des unmittelbaren Erfolgs der lebensrettenden Operation die Dauerresultate keineswegs völlig unsere Erwartungen befriedigen konnten. Viele Fälle mit allseitigen Verwachsungen und flächenhaft blutenden Stellen benöthigten Mickulicz'sche Drainage und hatten langwierige Fisteln und schliessliche Bauchhernien im Gefolge. Selbst wo ein anscheinend absolut

günstiges Resultat im chirurgischen Sinn erreicht war, hörten die Frauen nicht auf, über die heftigsten Schmerzsymptome zu klagen. Diese und viele andere Ueberlegungen brachten mich frühzeitigst auf den Gedanken, nach etwas Besserem zu suchen, und ich musste mir sagen, dass der Hauptgrund unserer Misserfolge in dem Zurücklassen des Uterus sei, der ja in erster Linie erkrankt war, ehe die Tuben und Ovarien involvirt waren. Ich will Sie nicht durch den ganzen Ideengang durchführen, der mich schliesslich dazu brachte, in jedem Fall von beiderseitiger Entzündung der Gebärmutter-Anhänge, die deren radikale Entfernung verlangten, auch die Uterus-Exstirpation vorzunehmen.

Ich habe anfangs sehr wenig Unterstützung unter den Fachgenossen dafür gefunden und musste mich gegen schwere Angriffe vertheidigen. Allein jetzt nach wenigen Jahren ist der Widerstand gegen die Wahrheit nur von der Seite derjenigen vorhanden, die die Technik nicht beherrschen und deren eigene schlechte Resultate mit der Hysterektomie ihnen Einhalt gebietet.

Lassen wir alle Fälle ausser Betracht, in denen ganz oder theilweise conservativ verfahren und der Patientin ein Theil ihrer Ovarien erhalten werden kann, aber gestehen Sie mir, bitte, zu, dass, wenn die Erkrankung bilateral so sehr vorgeschritten, dass die Castration unvermeidlich, dass dann, sage ich, der Uterus nicht nur von keinem Nutzen ist, sondern nur Schaden bringen kann und in der That Schaden bringt. Ueberwältigende Statistiken beweisen, dass in der Hand des Geübten nicht nur die Morbidität, sondern auch die Mortalität nach der radikalen Operation weit geringer als nach der einfachen Entfernung der Anhänge mit Zurücklassung des Uterus ist. Ich will, wie ich es im Eingang versprochen, nicht auf Detail-Fragen zur weiteren Begründung meiner Behauptung eingehen. Allein einen Punkt werde ich noch berühren. Es ist eine unbestreitbare Thatsache, dass die künstliche Menopause nach der Castration eine unvergleichlich leichtere ist, falls der Uterus zu gleicher Zeit entfernt wurde, als wenn nur die Anhänge exstirpirt und die Gebärmutter mit allen ihren Ganglien zurückgelassen wurde.

Die Frage, in welchen Fällen von der Scheide, in welchen

Fällen von oben her oder combinirt operirt werden soll, ist eine complicirte und gehört vor das Forum des Specialisten. Ich möchte vorziehen, dieselbe hier nicht zu berühren; hat sie doch erst kürzlich einen ganzen Abend in der Academy of Medicine ausgefüllt, ohne dass etwas Besonderes erreicht worden wäre.

Den Indicationen, bei beiderseitiger entzündlicher Adnexa-Erkrankung den Uterus mit zu exstirpiren, habe ich eine weitere zugefügt, nämlich: bei ektopischer Schwangerschaft einerseits und anderweitig unheilbarer Erkrankung der anderen Seite, den Uterus ebenfalls zu entfernen. Den vier ersten derartigen Fällen, die ich voröffentlicht, habe ich mittlerweile fünf weitere zugefügt. Alle neun sind prompt genesen und contrastiren sehr vortheilhaft mit den Fällen, in denen der Uterus zuruckgelassen wurde.

Der Vollständigkeit halber möchte ich eine Indication zur Uterus-Exstirpation erwähnen, die mir einmal vorgekommen und nirgend wo anders beschrieben ist: eine Frau mit verkümmertem Uterus und völligem Mangel der Ovarien litt solch' heftige molimina menstrualia, dass sie sich gern entschloss, das verkümmerte Organ exstirpiren zu lassen. Sie war alsdann längere Zeit unter Beobachtung und blieb völlig geheilt.

Der Uterus ist ferner in Fällen von acuter puerperaler Sepsis in der neuen Zeit exstirpirt worden. Jedoch stets mit absolutem Misserfolg da, wo allgemeine Sepsis vorhanden war, die auf vorausgehende Ausräumung und Desinficirung des Cavum uteri nicht rückgängig wurde. Ich gebe zu, dass in diesen verzweifelten Fällen weitere Versuche gestattet sind, glaube aber, dass auch die Zukunft uns keine grossen Erwartungen in dieser Hinsicht erfüllen wird.

Historisches über Griechisch, die vorgeschlagene internationale Sprache der Aerzte.*)

Von Dr. ACHILLES ROSE.

Als ich mich zum Vortrag für diesen Abend meldete, hatte ich die Absicht, über die neue anatomische Nomenclatur zu sprechen. Nicht allein wollte ich mich denen anschliessen, die schon darauf aufmerksam gemacht haben, dass die Commission von Anatomen, welche uns diese Nomenclatur gegeben, gerade das nicht gethan, was sie behauptet gethan zu haben, ich wollte einen Schritt weiter gehen, darthun, auf welche Weise die Commission ihr Vorhaben hätte ausführen, ihr Versprechen hätte erfüllen können.

Wie bekannt, haben die hervorragenden Anatomen, welche die Herausgabe des Werkes unternahmen, die Einsprachigkeit der Ausdrücke beschlossen, ja sie haben behauptet, es wären nur lateinische Bezeichnungen mit richtiger Wortbildung festgestellt worden. In Wirklichkeit, wie dies auch nicht anders möglich war, sind die meisten Worte latinisirtes Griechisch. Wie man nachgewiesen hat, sind sogar viele grammatikalisch unrichtig gebildet, oder Hybridationen, halb griechisch, halb lateinisch, ja in manchen Fällen von vielsilbigen Worten findet man in einem und demselben Worte die Silben abwechselnd aus der einen und der anderen Sprache.

Jeder, der einen Blick auf dieses mühevolle und kostspielige Werk wirft, findet die Barbarismen in grosser Zahl. In diesem Exemplar habe ich auf den ersten Seiten dergleichen angestrichen.

Die Commission von Anatomen, welche die Nomenclatur zusammengestellt, hatte sich etwas vorgenommen, was unmöglich war, was selbst unseren grössten Philologen nicht gelingen konnte, nämlich eine todte Sprache fortzubilden, eine todte Sprache zu einer lebendigen zu machen.

*) Nach einem Vortrage, gehalten am 3. Februar 1896 in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York.

Hätte die Commission dagegen die lebende griechische Sprache zu Grunde gelegt, eine moderne griechische Anatomie, wie diese hier, benutzt, wirkliche Griechen zu Rathe gezogen, so würde sie uns, ohne die im Buche selbst beschriebene siebenjährige angestrengte Arbeit, ohne die aufgezählten grossen Geldmittel, eine Lexicologie haben geben können, die alles das erfüllt haben würde, was die Commission eigentlich wollte. Ja, eigentlich war die grosse Arbeit gar nicht nöthig, man brauchte nur die allerbeste, die denkbar beste Nomenclatur der zeitgenössischen Griechen einzuführen.

Um den Beweis zu führen, wie viel besser die schon bestehende einsprachige, sprachlich fehlerfreie griechische Nomenclatur gegenüber dem uns angebotenen Sprachengemenge sei, dazu bedurfte ich einer griechischen Anatomie. In New York war keine solche aufzutreiben, und die von Athen verschriebene, die ich Ihnen hiermit zur Ansicht übergebe, kam zu spät, als dass ich meine Vorarbeiten hätte vollenden können. Wenn Sie in der Nomenclatur, die jetzt in Ihren Händen ist, blättern wollen, werden Sie sehen, dass ich begonnen habe, die griechischen Namen neben die lateinischen oder latinisirten zu schreiben. — Ich mochte nicht zurücktreten, und so bereitete ich mich auf ein anderes Thema vor. Manche von Ihnen werden mir vielleicht den Vorwurf machen, dass ich Ihre Zeit für einen Gegenstand in Anspruch nehme, der an dieser Stelle etwas ungewöhnlich erscheinen muss. Wäre dies nicht der Fall, so würde ich die Wendung der Sache nicht bedauern, denn um über die Bedeutung der lebenden griechischen Sprache für unsere Nomenclatur, in zweiter Linie über den weiteren praktischen Gebrauch derselben sprechen zu können, ist es nothwendig, dass man über diese Sprache selbst zu einem Verständniss kommt. Dies wird am besten geschehen, wenn wir mit der Betrachtung historischer Thatsachen beginnen.

* * *

Die griechische Frage ist vor wenigen Jahren in die medicinische Welt eingeführt worden, und zwar von keinem geringeren als Rudolf Virchow in seiner Rectoratsrede vom 15. October 1892.

Während Virchow nur vom Schulgriechisch gesprochen, keine Silbe über lebendiges Griechisch von heute erwähnt hat, gebührt unserem Medical Record das Verdienst, zuerst die Aufmerksamkeit der medicinischen Welt auf lebendiges Griechisch als die geeignetste internationale Sprache der Aerzte gelenkt zu haben.

Die vom Herausgeber des erwähnten Blattes ausgegangene Anregung hat Widerhall in der medicinischen Presse gefunden, in allen Sprachen, in allen civilisirten Ländern hat man dem Gegenstand Aufmerksamkeit geschenkt, ja, auch die Welt der deutschen Philologen von Fach ist auf die hier angeregte Frage eingegangen.

Die griechische Frage ist zu einer legitimen für uns geworden, und sie hat, nach der lebhaften Theilnahme, die sie erregt, eine glänzende Zukunft vor sich.

Wenn wir uns über das Wesen und die Bedeutung der lebenden griechischen Sprache klar werden, wenn wir uns mit Thatsachen über diese Sprache vertraut machen, so sehen wir vor allen Dingen, dass es noch viel weniger ein Neugriechisch als ein Neudeutsch gibt. Wir werden sehen, dass die heute in ganz Griechenland gesprochene und geschriebene Sprache genau zweitausend dreihundert Jahre alt ist. Wir werden finden, dass die landläufige Behauptung, dass man nicht wisse, wie das Griechische im classischen Alterthum ausgesprochen worden sei, auf einem Irrthum beruht, wir werden finden, dass vom siebenten Jahrhundert vor Christi Geburt an die Steine zu uns reden, um uns von dieser Zeit an die Aussprache aller Jahrhunderte bis auf unser eigenes kund zu geben.

Wir werden es mit vielen Irrthümern über die griechische Sprache und die Griechen zu thun haben, mit Irrthümern, die so gross sind wie fast die ganze civilisirte Welt, und die so alt sind, die einen so alt wie die Trennung der griechischen von der lateinischen Kirche — also über 8 Jahrhunderte —, die anderen so alt wie der berüchtigte Dialogus Erasmi Roterdami de graeci latinique pronunciatione, nämlich 368 Jahre.

Als Napoleon im Jahre 1813, vor der Schlacht bei Lützen, seine Vorbereitungen traf, schrieb er auch an den Herzog von Rovigo über die Art, wie er die öffentliche Meinung beein-

flusst haben wollte, und schloss seine Bemerkungen mit den Worten: Verité, simplicité.

Mit Wahrheit und Einfachheit allein kann man die Irrthümer über Griechisch zu nichte machen.

Dem Gegenstand gerecht zu werden, ist die Zeit einer einzigen Vorlesung nicht hinreichend. Es wird genug sein, wenn wir uns heute Abend darauf beschränken, die geschichtliche Entwickelung der griechischen Sprache darzustellen.

Meinen Darstellungen lege ich die Forschungen, nicht nur der hervorragendsten Philologen aus Griechenland selbst, zu Grunde; ich nenne besonders Hatzidakis, der, wie viele gelehrte Griechen, auch auf deutschen Universitäten altgriechische Philologie studirt hat, der sich mit Stolz einen Schüler Delbrück's nennt, und den grossen Forscher Papadimitrakopulos, dessen niederschmetternde Argumente nicht weniger mächtig in Stärke und Länge sind, als sein Name, sondern auch die Schriften verschiedener Forscher aus verschiedenen Ländern, die namentlich in der Zeitschrift Ἑλλάς, herausgegeben von der philhellenischen Gesellschaft in Amsterdam, erschienen sind.

Zur Zeit Alexander's des Grossen war Griechisch die Welt- und die Hofsprache. Die Sprache der gebildeten Welt, der Literatur, die allgemeine Sprache — im Gegensatz zu den Dialecten — war die κοινή, nämlich das Attische, in das gewisse Provincialismen aufgenommen worden waren. Die Quellen für das Studium der κοινή sind die Schriftsteller der alexandrinischen Periode, besonders aber auch die Papyri und die zahlreichen Inschriften, die in allen Theilen Griechenlands gefunden werden. Diese κοινή ist noch die Sprache vom heutigen Tage, es ist die noch heute in ganz Griechenland wirklich gesprochene und geschriebene. Es ist eine vollendete Sprache, welche zu ihrer Vervollständigung Worte von den Dialecten aufgenommen, die aber unabhängig von den Dialecten ist. Sie ist die Mitte, um die herum die Dialecte angeordnet sind. Neugriechisch ist kein Dorisch oder Aeolisch, sondern eine vollkommen regelmässige Fortsetzung der κοινή.

Durch mehr als zweitausend Jahre, länger als She, Ryder Haggards, hat die griechische, im Gegensatz zu den romani-

schen Sprachen, ein bemerkenswerthes zähes Leben bewahrt. Es ist erstaunenswerth, wie wenig Griechisch sich in Worten und Formen verändert hat.

Der Unterschied zwischen dem Neuen und dem Alten besteht hauptsächlich in der Vereinfachung der alten Grammatik. Diese Vereinfachung datirt nicht erst vor Kurzem, sondern von der Zeit der Entstehung der κοινή. Sie ist desshalb nicht kennzeichnend für das neue Griechisch, sondern erscheint nur klarer und deutlicher in demselben. Dass die Entstehung der Haupteigenthümlichkeiten des Neugriechischen aus sehr früher Periode ist, ergiebt die Betrachtung der späteren altgriechischen und der byzantinischen Literaturdenkmäler.

Man hat gesagt, dass die Standhaftigkeit und Zähigkeit des Charakters der Griechen die Ursache war, wesshalb sie mehr als irgend eine andere besiegte Nation an ihren Gebräuchen und Gewohnheiten hingen, dass dies auch die Ursache gewesen wäre, dass sie ihre Sprache bewahrten. Es giebt aber andere Völker mit ebenso viel Zähigkeit des Charakters wie die Griechen, die gleichfalls ihre Gebräuche und Gewohnheiten, nicht aber ihre Sprache treu durch alle Jahrhunderte bewahrt haben wie die Griechen.

Griechisch von heute ist, wie wir gesehen haben, im wesentlichen attisches Griechisch. Die zeitgenössische Sprache der verschiedenen Perioden ward niemals anstatt κοινή gebraucht, oder mit demselben vermischt, gerade so wenig wie die Römer während des 4. und 5. Jahrhunderts der christlichen Zeitrechnung das Italienische ihrer Zeit, welches als verdorbenes Latein galt, anstatt des classischen Latein gebrauchten. Zu keiner Zeit hat es eine zeitgenössische allgemeine, von κοινή weit abweichende Volkssprache gegeben. Wenn es je eine solche Sprache gegeben hätte, die von κοινή so abweichend gewesen, wie z. B. Französisch vom Lateinischen, so würden die Griechen heute eine ganz andere literarische Sprache haben.

Eine der wahrscheinlichsten Erklärungen, warum das heutige Griechisch im wesentlichen das Griechisch der alten Ruhmeszeit, ist die Schönheit, die Pracht, die Grösse der classischen Schriftdenkmäler.

Die Sprachüberlieferung eines lebenden Culturvolks ist eine doppelte, eine mündliche und eine schriftliche, eine volksthümliche und eine gelehrte. Diese beiden Formen der Ueberlieferung beeinflussen sich wechselseitig, um so mächtiger und nachhaltiger, je mannigfacher, wichtiger und reicher die älteren Sprachdenkmäler sind, und je fleissiger dieselben von den Nachkommen studirt werden.

Die Denkmäler der griechischen Sprache seit der alexandrinischen Zeit sind nicht mehr in den lebendigen Dialecten der jedesmaligen Epoche verfasst, sondern in einem Sprachidiom, welches in früheren Zeiten der Dialect eines kleinen Theiles der Griechen gewesen war und sich zur allgemeinen Literatursprache der ganzen Nation erhoben hatte.

Für eine Zeit lang entwickelte sich die Literatursprache nicht mehr den Zeitverhältnissen gemäss weiter, verlor die Fühlung mit der gesprochenen Sprache und wollte sich mit der alten classischen Sprachform identificiren. Es war dies in den alten Jahrhunderten, als Griechenland unter fremdes Joch gefallen war, als die Nation kein politisch freies Leben hatte, als das nationale Bewusstsein geschwächt war. Gerade zu dieser Zeit bewahrte man ein reges Gefühl für die Schönheiten der classischen Sprache, ein Gefühl, welches übrigens die Griechen niemals verlassen hat. Man ahmte damals die Wörter und Formen der classischen Sprache gewissenhaft nach und so entstand der sogenannte Atticismus, der nichts anderes ist als der Theil einer Zweisprachigkeit, welche der Geschichte angehört. Die Gebildeten der Nation versuchten eine solche Sprachform zu sprechen und zu schreiben, welche Jahrhunderte vorher ein Theil der Griechen gesprochen und geschrieben hatte, während sich die Ungebildeten der zeitgenössischen Sprache bedienten. Es ist besonders hervorzuheben, dass diese Art der Diglossie der Geschichte angehört, dass sie in den späteren Jahrhunderten herrschte. Jetzt giebt es keine andere Diglossie in Griechenland als eine solche, wie sie auch im Alterthum bestanden, wie sie überall in der Welt besteht, die den Verschiedenheiten der Stände, der Gesellschaft, der Verschiedenheit der Bildung entspricht. Mit ein und derselben Sprache kann man sich mit allen Griechen, die heute in

New York leben, die aus den verschiedensten Theilen Griechenlands oder sogar der Türkei hierhergekommen, ohne alle Schwierigkeit verständigen.

Die historische Diglossie, d. h. der Unterschied zwischen der gelehrten und der volksthümlichen oder geschriebenen und gesprochenen Sprache hat zur Folge gehabt, dass es aus einigen Jahrhunderten nicht ein einziges Literaturwerk giebt, welches ein treues Bild der Volksprache seiner Zeit darstellte.

Es ist leicht zu verstehen, dass die Schreiber während des Mittelalters, selbst die unbedeutendsten, welche nichts von dem Genius ihrer Vorfahren besassen, in ihrer Bewunderung der classischen Sprache sorgfältig die alte Orthographie, die Worte, die Art des Ausdrucks, die Constructionen bewahrten, weil sie die alte Sprache für überaus schön hielten. Sie betrachteten neue Elemente, welche in dieselbe eingeführt werden könnten, als vulgäre Corruptionen. Alle wollten die aristokratische, reine, ideale Sprache anstatt der vulgären und unregelmässigen schreiben. Die archäische Sprache war alle Jahrhunderte hindurch die Sprache der Schule, der Kirche, des Gerichts; niemals ist eine unregelmässige Volkssprache officiell gebraucht worden. Selbst die römische Herrschaft, welche im Westen manche Nation gezwungen hatte, Lateinisch anzunehmen, vermochte nicht, die Fortsetzung und Pflege des Griechischen zu beeinflussen.

Das römische Reich hörte auf zu sein. Andere Nationen wanderten nicht in Griechenland ein, wenigstens nicht zahlreich genug, um ihre Spuren in der Sprache zurückzulassen. Die Sprache des Festlandes von Griechenland blieb ebenso frei von fremden Elementen wie die Sprache der Inselbewohner, zu denen, wie wir ganz bestimmt wissen, keine fremden Einwanderer kamen. Uebrigens kamen die wenigen Fremden vor dem 13. Jahrhundert nicht als Eroberer. Es waren nur Nomaden von niederem Bildungsgrade. Sie kamen zu einer Nation von einer höheren Cultur. Es ist selbstverständlich, dass diese eher die griechische Cultur, Religion und Sprache annahmen, als dass die Griechen von diesen diese Dinge angenommen hätten.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber das Delirium.

Von Dr. William Hirsch.

(*Schluss.*)

Wir wollen nun in Kürze die verschiedenen Erkrankungen betrachten, welche einem sogenannten Delirium acutum zu Grunde liegen können und gleichzeitig versuchen, die differentialdiagnostischen Merkmale für die verschiedenen Fälle zu ermitteln.

Von grossem Werthe für die richtige Beurtheilung eines acuten Deliriums mögen eventuelle Angaben über die Vorgeschichte des Kranken sein.

So mag beispielsweise die Thatsache früherer epileptischer Anfälle ohne weiteres zur Klarstellung der causalen Bedingungen führen. Das epileptische Irresein ist bekanntlich in erster Linie durch Veränderungen im Bewusstseinszustand charakterisiert, und wenn es sich in der Regel auch hier um andere Zustandsformen handelt, so mag doch im Verlaufe der Epilepsie das klinische Bild des Deliriums zur Beobachtung kommen.

Das Verhältniss eventueller Delirien zum genuinen epileptischen Anfall kann ein verschiedenartiges sein. Das Delirium kann einem stattgehabten Anfalle unmittelbar folgen oder mag auch einem solchen vorausgehen. In manchen Fällen fehlt der Anfall vollkommen, und das Delirium tritt wie andere psychische Aequivalente an Stelle des genuinen Anfalls.

Seitdem man zu der Erkenntniss gelangt ist, dass die Epilepsie nicht allein in den bekannten Anfällen besteht, sondern eine dauernde Neurose darstellt, hat man Fälle beobachtet, bei welchen es überhaupt niemals zu typischen Anfällen gekommen ist, bei denen vielmehr von vornherein psychische Aequivalente im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen. Bei derartigen Fällen, welche man als Epilepsia larvata oder auch psychische Epilepsie bezeichnet hat, mögen unter Umständen Delirien das einzige Krankheitssymptom bilden. Die Diagnose wird sich in solchen Fällen auf die Periodicität der Anfälle, auf die plötzliche Bewusstseinsstörung, auf anraxo-

tige Erscheinungen, auf die dem Anfalle folgende Müdigkeit, auf hereditäre Belastungen, sowie auf gewisse intervalläre neurotische Symptome und die Erinnerung des bekannten epileptischen Charakters zu stützen haben.

Was die Natur des Deliriums selber anbelangt, so befinden sich die Fälle meist auf der Grenze zwischen dem typischen Zustand des Deliriums und der hallucinatorischen Verwirrtheit. Sinnestäuschungen spielen hier in der Regel eine grosse Rolle; sie sind nicht selten religiös-expansiver Natur, häufig tragen sie einen persecutorischen Charakter und erzeugen dann bis zur Todesangst gesteigerte Erregungszustände. Solche Formen des epileptischen Irreseins gehören dann, wie überhaupt eine grosse Anzahl der als epileptisches Delirium beschriebenen Fälle, thatsächlich in die Kategorie der hallucinatorischen Verwirrtheit.

Die Dauer derartiger Zustände mag bis zu einigen Stunden betragen. Die Lösung aus dem deliranten Zustand ist eine plötzliche; derselbe geht nicht selten in einen Stupor über, aus dem dann der Kranke sich allmählich dem normalen Bewusstseinszustand nähert.

Eine weitere diagnostische Stütze für die richtige Beurtheilung eines acuten Deliriums mag die Anamnese bieten, wenn es sich aus derselben ergiebt, dass der Kranke unlängst eine acute Infectionskrankheit überstanden hat. Die aetiologische Bedeutung acuter Fieberkrankheiten für das Zustandekommen selbstständiger Psychosen ist von jeher von gewissenhaften Beobachtern gewürdigt worden. Wenn auch unsere Kenntniss über die Art des inneren Zusammenhangs der betreffenden pathologischen Vorgänge noch eine sehr mangelhafte ist, so hat doch die klinische Erfahrung die Thatsache eines solchen Zusammenhangs ausser allen Zweifel gestellt.

Die klinische Form der hierher gehörigen Psychosen ist eine sehr variable und dementsprechend ist die Anzahl der von den verschiedenen Autoren beschriebenen Krankheitsbilder eine recht beträchtliche. In unnöthiger Weise erschwert ist gerade auf diesem Gebiete ein gegenseitiges Verständniss dadurch, dass man von verschiedenster Seite immer wieder neue Namen für dieselben Krankheitsformen herbeigebracht hat, und man nun vielfach glaubt, dass es sich wirk-

lich um so viel verschiedene Krankheiten handelt, während thatsächlich zum Theil nur graduelle Unterschiede, theils lediglich verschiedene Beziehungen für dieselbe Krankheitsform vorliegen.

Während noch Esquirol die hierhergehörigen Krankheiten zum grossen Theil seiner Démence einreihte, entstand mit der Zeit eine grosse Reihe von Bezeichnungen, die zum Theil wieder verschwunden sind, zum Theil aber noch ihren Platz in der heutigen Nomenclatur behaupten. Hierher gehört die sogenannte Mania gravis, das bereits vorher erwähnte Delirium acutum, der Meynertsche acute hallucinatorische Wahnsinn, das acute hallucinatorische Irresein Fürstner's, die acute hallucinatorische Paranoia, das Delirium hallucinatorium Mendel's, die acute Verwirrtheit, das asthenische Delirium Meyser's, die Dipphrenie Kahlbaum's u. s. w.

Wie weit eine derartige Eintheilung in verschiedene Krankheitsformen berechtigt ist, respective in welchem Verhältniss dieselben untereinander stehen, ob es sich thatsächlich um verschiedenartige pathologische Vorgänge oder nur um das Prävaliren der einen oder der anderen Zustandsform handelt, gehört nicht in den Rahmen unserer heutigen Besprechung; Thatsache ist, dass bei allen die Zustandsform des Deliriums eine grosse Rolle spielt, ein Umstand, welcher mehrfach Anlass dazu gegeben hat, die ganze Krankheit nach dieser Zustandsform zu benennen.

Der Beginn dieser Gruppe psychischer Störungen mag um Wochen oder gar um Monate von dem Ablauf der betreffenden Infectionskrankheit getrennt sein. Sie mögen sämmtlich unter Umständen mit einem acuten Delirium einsetzen. Der Umstand, ob während des weiteren Verlaufs der Krankheit Hallucinationen im Vordergrunde stehen, oder ob sich systematisirte Wahnideen herausbilden, oder ob es sich auch weiterhin um eine primäre Incohärenz der Gedanken handelt, mag dann ausschlaggebend dafür sein, in welche der erwähnten Krankheitsformen man den betreffenden Fall einreihen will.

Im Ganzen genommen ist die Prognose der in diese Gruppe gehörigen Psychosen eine günstige. Jene Fälle, bei denen die Form des Deliriums dauernd vorherrscht, stellen zwar in

der Regel einen Inanitionszustand dar, der unter Umständen, besonders bei schwächlichen Individuen, einen letalen Verlauf nehmen mag, bieten jedoch bei weitem nicht die Gefahr, in eine secundäre chronische Psychose überzugehen, wie jene Form, bei welcher sich bald nach Ausbruch des Deliriums ein systematisirtes Wahngebäude herausbildet, also bei der vorgenannten acuten hallucinatorischen Paranoia.

Ausser nach acuten Infectionskrankheiten, wie Typhus, Malaria, Influenza, Pneumonie, Pleuritis, multiple Neuritis, Gelenkrheumatismus, Erysipel, Scarlatina u. s. w. kommen Psychosen, die der besprochenen Klasse angehören und mit einem Delirium einsetzen mögen, auch nach acuten Vergiftungen zu Stande. Solche Delirien hat man nach grossen Dosen von Cannabis indica, Belladonna, Conium, Secale cornutum, Acidum salicylicum, ferner nach dauernder Jodoformbehandlung der Wunden, auch zuweilen nach langen Aether- oder Chloroformnarkosen beobachtet. Ebenso kann die Einathmung giftiger Gase, wie Kohlenoxydgas, Schwefelwasserstoff, Schwefelkohlenstoff, Stickstoffoxydul u. s. w., psychische Störungen der beschriebenen Art zur Folge haben.

Auch auf dem Boden chronischer Vergiftungen, wie sie durch Chloral- und Chloroformmissbrauch, durch habituellen Genuss von Opium, Morphium, Cocain, Paraldehyd, Mais, Absynth und vor allem Alkohol zu Stande kommen, entstehen nicht selten psychische Störungen, welche mit acuten Delirien beginnen. Das Vorwiegen der letzteren über alle übrigen psychischen Symptome gab zu der bekannten Bezeichnung Delirium tremens Anlass, jene Krankheitsform, die so häufig im Verlaufe des chronischen Alkoholismus zur Beobachtung kommt. Allerdings bildet auch hier das Delirium nur eine neben anderen bestehende Zustandsform, die in manchen Fällen sogar eine untergeordnete Rolle spielen, ja in seltenen Fällen gänzlich fehlen mag, indem dann andere Zustände, wie etwa hallucinatorische Verwirrtheit oder maniacalische Exaltation, an ihre Stelle treten. Acute Delirien während des Verlaufs chronischer Vergiftungen mögen ohne direkte nachweisbare Ursache zu Stande kommen, oder sie mögen im unmittelbaren Anschluss an besondere Excesse, oder auch schliesslich als Abstinenzerscheinungen auftreten.

Auch während des Verlaufs chronischer Metallvergiftungen kommen derartige psychische Störungen zur Beobachtung. Die Erscheinungen der Encephalopathia saturnina bestehen hauptsächlich in acuten Delirien. So sind Fälle sogenannter „transitorischer Bleimanie“ oder „Bleitollheit“ verschiedenlich beschrieben worden. Auch mercurielle Psychosen sind vielfach durch Zustände acuter Verwirrtheit ausgezeichnet. Hierher gehörig sind ferner jene Fälle von Lyssa humana, bei denen die psychischen Störungen in der Regel die Form eines acuten Deliriums anzunehmen pflegen.

Einen verhältnissmässig grossen Prozentsatz acut entstandener Delirien bilden die Puerperalpsychosen, denen übrigens nicht, wie manche anzunehmen scheinen, eine puerperale Fieberkrankheit vorauszugehen braucht.

Ferner sind acute Delirien wiederholt nach Operationen selbst geringfügiger Art beobachtet worden. Auch Traumen, besonders Schädelverletzungen, können Delirien hervorrufen.

Unter dem Bilde eines acut einsetzenden und binnen Tagen oder Wochen letal endenden Deliriums verlaufen die Fälle sogenannter galoppirender progressiver Paralyse. Sie bilden einen wesentlichen Bestandtheil der als Delirium acutum beschriebenen Fälle. Wenn man die Vorgeschichte solcher Kranken sorgfältig prüft, so wird es fast stets gelingen, bei dem bis dahin anscheinend Gesunden eine Reihe von Störungen nachzuweisen, welche für die Dementia paralytica charakteristisch sind. Die Angehörigen geben an, dass der Kranke bereits seit längerer Zeit Veränderungen im Charakter gezeigt hat, dass er für mancherlei Dinge, die früher sein Interesse erregten, gleichgültig geworden sei, dass er häufig wichtige Dinge vergessen habe, dass seine Handlungen mehrfach befremdend und unmotivirt erschienen seien und dgl. mehr. Die Section solcher Fälle ergiebt denn auch die bereits seit längerer Zeit bestandenen und latent gebliebenen pathologischen Vorgänge, wie eine chronische interstitielle Encephalitis, Atrophien und Erweichungen in einzelnen Rindenpartien, Verdichtungen der Dura und dgl. mehr.

Trotz der sorgfältigsten Nachforschungen mag es bei einer Anzahl acuter Delirien nicht gelingen, irgend welche pathogenetischen Anhaltspunkte aus der Anamnese zu gewinnen; es

kann sich dann thatsächlich um eine plötzliche Erkrankung eines bis dahin ganz gesunden Menschen handeln. In solchen Fällen mag eine gründliche Untersuchung der inneren Organe Aufschluss über die Natur der Erkrankung geben.

Wir haben bereits eine zweifache Beziehung zwischen Delirien und den acuten Infectionskrankheiten erwähnt; wir besprachen die deliranten Zustände während der Fieberkrankheiten und ferner die mit Delirien einhergehenden Psychosen infolge derselben. Wir kommen nunmehr zu einer dritten Gruppe von gegenseitigen Beziehungen beider Zustände. Ein bis dahin vollkommen gesunder Mensch mag plötzlich in einen Zustand agitirter Verwirrtheit gerathen. Man glaubt es mit einer acuten Psychose zu thun zu haben; der Betreffende wird vielleicht in eine Anstalt gebracht, und hier stellt sich nach einiger Zeit heraus, dass es sich um einen Typhus abdominalis oder eine sonstige Infectionskrankheit handelt. Derartige acute Delirien ohne jede Prodromalerscheinungen sind ausser beim Typhus und der Meningitis, besonders bei der Erisypelas und dem acuten Gelenkrheumatismus beobachtet werden. Aber auch geringfügigere Infectionen, wie beispielsweise eine einfache Angina tonsillaris, sollen zu derartigen Erscheinungen Anlass gegeben haben.

Es ist wohl ohne weiteres ersichtlich, von welcher Wichtigkeit in solchen Fällen in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht eine sorgfältige Körperuntersuchung ist. Eine Anzahl der mit Temperatursteigerungen einhergehenden und als sogenanntes Delirium acutum aufgefassten Fälle mag in diese Kategorie infectiöser Erkrankungen gehören. Die Diagnose der Meningitis wird gewöhnlich infolge der typischen Symptome seitens der Hirnnerven keine besondere Schwierigkeiten bieten. Beim Typhus mag eine Schwellung der Milz, die Beschaffenheit der Stühle, das Vorhandensein einer Roseola zur richtigen Diagnose führen, obwohl gelegentlich auch diese Symptome sämmtlich fehlen mögen. Beim acuten Gelenkrheumatismus wird die körperliche Diagnose in der Regel ohne Schwierigkeit zu stellen sein.

Man versäume niemals, bei acut entstandenen Delirien den Urin zu untersuchen. Wenn es zwar einerseits eine bekannte Thatsache ist, dass im Verlaufe von Psychosen, besonders

aber während deliranter Zustände, sowohl Eiweiss als auch hyaline Cylinder im Urin gefunden werden mögen, ohne dass die Section irgend welche Veränderungen an den Nieren ergäbe, so gehört es andererseits nicht zu den grössten Seltenheiten, dass ein acutes Delirium den Beginn einer Psychose bildet, welche infolge einer chronischen, möglicher Weise latent gebliebenen Nephritis entstanden ist. Zuweilen mögen die in der Regel durch epileptiforme Anfälle oder comatöse Zustände charakterisirten Cerebralerscheinungen der Urämie das klinische Bild acuter Delirien darbieten.

Auch bei anderen Stoffwechselkrankheiten können die cerebralen Symptome die Form von Delirien annehmen. So mag gelegentlich ein acutes Delirium an Stelle des bekannten Coma diabeticum treten und vielleicht das erste Symptom des bis dahin der Beobachtung entgangenen Diabetes bilden.

Was die Behandlung deliranter Zustände anbelangt, so wird selbstverständlich nach Eruirung der dem Delirium zu Grunde liegenden Erkrankung diese letztere in erster Linie ausschlaggebend sein für die allgemeinen therapeutischen Maassnahmen. Nichtsdestoweniger sind gewisse Gesichtspunkte, namentlich in Bezug auf die rein symptomatische Behandlung bei allen deliranten Zuständen im Auge zu behalten.

Wie bereits mehrfach hervorgehoben wurde, deutet ein genuines Delirium stets auf einen Erschöpfungszustand hin, und damit ist die Indication zu energischer Stimulirung und Erhaltung der Körperkräfte gegeben. Grosses Gewicht muss daher von vornherein auf eine genügende Ernährung gelegt werden. Bei protrahirten deliranten Zuständen, bei welchen die Nahrungsaufnahme auf natürlichem Wege nicht zu erzielen ist, säume man niemals mit der Fütterung mittelst der Schlundsonde. Ernährungsklystiere allein sind nicht genügend und sollten erst da, wo aus irgend welchen Gründen die Sondenfütterung contraindicirt ist, in Anwendung kommen. Bei geschwächter Herzaction empfiehlt es sich, der einzuführenden Nahrung kräftigen Wein beizumischen. Ist die Herzthätigkeit wesentlich herabgesetzt, so greife man zu subcutanen Aether- oder Campher-Injectionen. Bei schwer darniederliegender Circulation empfiehlt es sich unter Umständen intravenöse oder subcutane Kochsalzinfusionen zu machen, die bei

infectiösen Zuständen auch zur Durchspülung des Gefässsystems zweckmässig erscheinen.

Von grosser Bedeutung für die Erhaltung der Körperkräfte ist die Bekämpfung der motorischen Unruhe. So lange es irgendwie möglich ist, versuche man, den Kranken im Bett zu halten. Die Wahl der zur Beruhigung anzuwendenden Mittel hängt zum Theil von der Natur des Deliriums ab. Bei Delirien, die mit Angstgefühlen einhergehen und sich in ihrem klinischen Verhalten der melancholischen Tobsucht nähern oder auch auf dem Boden der Melancholie entstanden sind, haben subcutane Opium- oder Morphium-Injectionen häufig eine schnelle Beruhigung zur Folge. Ist es bei gewissen deliranten Zuständen angezeigt, wie bei der maniacalischen Tobsucht, direkt auf die psychomotorische Sphäre einzuwirken, so empfehlen sich subcutane Hyoscyamin-Injectionen in Dosen von 0,005—0,01. Bei Delirien, bei denen sich congestive Zustände annehmen lassen, wie bei der paralytischen Tobsucht, der epileptischen Verwirrtheit, dem menstonalen Delirium u. s. w., sind Ergotin-Injectionen in der Regel von gutem Erfolg begleitet. Warme Bäder oder hydropathische Einpackungen üben häufig eine beruhigende Wirkung aus. Sind die deliranten Zustände mit Fieber verbunden, so erweisen sich Eisapplicationen und kalte Uebergiessungen als zweckmässig.

Blutentziehungen sind auf das entschiedenste zu verwerfen. Die naive Anschauung, der zufolge man sich Aufregungszustände allein durch eine Hyperämie des Gehirns zu erklären suchte, gehört der Vergangenheit an. Da, wo wir es thatsächlich mit Hirnhyperämieen zu thun haben, bilden diese nicht die Ursache, sondern die Folge des pathologischen Processes, indem neuroparalytische Vorgänge im Gebiete der Vasomotoren schwere Störungen in der Circulation erzeugen und dadurch eine cerebrale Congestion verursachen. Die Behandlung wird daher in solchen Fällen zwar auch auf die Stimulirung und Regelung der Circulationsthätigkeit zu richten sein, unter keinen Umständen aber darf man zu schwächenden Maassnahmen greifen, wie Venesectionen, Purgantien, Blasenpflaster u. s. w. Schon der Umstand, dass Delirien verhältnissmässig häufig nach schweren Blutverlusten und bei Inani-

tionszuständen zur Beobachtung kommen, sollte als genügende Warnung vor Blutentziehung und dgl. dienen.

Gewisse Indicationen zur Behandlung mögen, wie bei allen Krankheitserscheinungen, so auch hier, aus den Sectionsbefunden geschöpft werden. Betrachtet man die Sectionsprotokolle der in acuten Delirien zu Grunde Gegangenen, so findet man zunächst die Anschauung bestätigt, dass es sich beim sogenannten Delirium acutum nicht um einen morbus sui generis handeln kann. Die zu Gunsten einer solchen Auffassung angeführten Befunde, wie Blut- und Lymphstauungen im Gehirn, capilläre Extravasate in die Lymphräume der Pia und die periganglιären Räume, sowie Trübung und Schwellung der Ganglienzellen, findet man bei den meisten unter allgemeinen Cerebralerscheinungen zu Grunde gegangenen Kranken, und derartige Befunde können daher unmöglich für das Bestehen einer eigenen Krankheitsform geltend gemacht werden. Wenn man bei den betreffenden Sectionen genügende Sorgfalt auch auf die Untersuchung der übrigen Organe verwendet, so wird sich wohl auch in den meisten Fällen die zu Grunde liegende Krankheit ermitteln lassen.

Besonders wichtig für allgemeine therapeutische Maassnahmen mag die Erinnerung der verschiedenen Todesursachen bei deliranten Zuständen sein. In manchen Fällen ergab die Section eine acute, vielleicht secundär entstandene Pneumonie als Todesursache, zuweilen fand man Infarkte, die durch Embolie von peripherischen Thrombosen aus zu Stande kamen. In anderen Fällen handelte es sich um allgemein septische Zustände, die möglicher Weise von peripherischen Verletzungen oder Decubitus herrührten. Bei einer Anzahl von Fällen, bei welchen sich durch die Section keine direkte Todesursache nachweisen liess, begnügte man sich mit der Annahme, dass der Tod infolge allgemeiner Erschöpfung eingetreten sei. Wenn diese Auffassung wohl auch für manche Fälle zutreffend ist, so unterliegt es doch andererseits keinem Zweifel, dass der Tod durch Erschöpfung mehr oder weniger eine Verlegenheitsdiagnose ist, dass häufig die wahre Todesursache der Untersuchung entgangen sein mag, oder auch unsere gegenwärtigen Untersuchungsmethoden nicht ausreichen, in allen Fällen die wahre Sachlage zu constatiren.

Auf eine in dieser Hinsicht wichtige Thatsache hat zuerst Jolly hingewiesen, welcher bei den Sektionen deliranter Geisteskranker mehrfach Fettembolieen in den Lungen constatirte. Die vielfachen durch die motorische Unruhe der Kranken herbeigeführten Zertrümmerungen der Unterhautfettgewebe an verschiedenen Körpertheilen bilden in solchen Fällen den Ausgangspunkt der in die Lungenarterien verschleppten Embolieen, durch welche die Kranken dann schliesslich zu Grunde gehen.

Wenn auch derartige Erscheinungen wohl immerhin nur verhältnissmässig selten vorkommen, so bilden sie doch eine genügende Indication, Deliranten möglichst sorgfältig vor Verletzungen irgend welcher Art zu schützen. Scheinbar geringfügige Sugillationen mögen den Ausgangspunkt zu schweren Complicationen bilden, eine Gefahr, welche durch die Thatsache wesentlich erhöht wird, dass eine grosse Anzahl von Delirien, wie wir gesehen haben, infektiöser oder toxischer Natur ist und sich mithin in diesen Fällen sämmtliche Gewebe in einem Zustand verminderter Widerstandsfähigkeit befinden.

Während bei maniacalischen Tobsüchtigen Zwangsmaassregeln heutzutage wohl allgemein verpönt sind, wird man daher solche bei Deliranten kaum entbehren können. Freilich ist es bei aller Vorsicht häufig recht schwierig, die Kranken vor Selbstbeschädigungen zu schützen. Trotz aller Restraints mögen sie sich Contusionen zuziehen. Am zweckmässigsten sind für solche Fälle immer noch gut eingerichtete Polsterzellen in Anstalten oder, falls diese nicht vorhanden sind, sowie in der Privatpraxis, eine rationelle Befestigung im Bett.

Wenn wir die Ergebnisse unserer Untersuchungen überblicken, so können wir zu dem Schluss gelangen, dass das Delirium im Sinne der oben gegebenen Definition eine selbstständige psychopathische Zustandsform bildet, deren richtige Beurtheilung sowohl in diagnostischer und prognostischer, als auch in therapeutischer Hinsicht von grosser Bedeutung ist.

Leitartikel.

Bekämpfung der Tuberculose im Staate New York.

Das Committee zur Untersuchung der Tuberculosenfrage im Staate New York, welches sich aus dem „State Board of Health“ und dem „City Board of Health“ zusammensetzt, hat am 6. März eine weitere Sitzung in der „Academy of Medicine“ gehalten.

Hiebei wurden folgende Beschlüsse gefasst: Tuberculose ist die häufigste tödtliche Krankheit unter den Einwohnern New Yorks; Tuberculose ist nachgewiesenermaassen eine Infectionskrankheit, die lediglich durch directe Ansteckung von erkrankten Thieren und Menschen auf Gesunde übertragen wird. Tuberculose ist eine äusserst häufige Krankheit unter dem Milchvieh des Staates New York; es ist zur Genüge nachgewiesen, dass die Milch von Kühen, welche an Tuberculose verschiedener Organe, insbesondere der Milchdrüsen, leiden, häufig Tuberkelbacillen enthält, welche zur Tuberculose anderer Thiere, die mit solcher Milch gefüttert werden, führen können; es erscheint zweifellos, dass Tuberculose beim Menschen, insbesondere bei Kranken, Säuglingen und kleinen Kindern häufig durch den Genuss von Milch von tuberculösen Kühen hervorgebracht wird. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es mit Sicherheit möglich ist, das Vorhandensein von Tuberculose beim Rind durch die Tuberculinprobe (Koch's! D. R.) nachzuweisen. Die Untersuchungen dieser Art in den Jahren 1893—'95, sowie die Erfahrungen anderer Staaten, haben gezeigt, dass nur durchgreifende Maassnahmen zum Ziele führen können. Desshalb wird die Aufmerksamkeit des „Governor“ und der „Legislatur“ auf die Wichtigkeit dieser sanitären Untersuchung hiemit gelenkt und beantragt, ... für das laufende Fiscaljahr eine Summe von nicht weniger als $300,000 zu bewilligen.

Es erscheint kaum nöthig, irgend etwas hier hinzuzusetzen. Bislang existiren der Natur der Sache nach noch keinerlei Belege, dass es auf die oben angegebene Art gelingt, die Verbreitung der Tuberculose unter den Menschen zu vermindern. Einstweilen ist es hiedurch nur gelungen, nachzuweisen, dass die Tuberculose unter dem Milchvieh in ganz ungeahnter Weise vorherrscht. Es erscheint desshalb nur durchaus logisch, diese eine Infectionsquelle so weit wie irgend thunlich auszuschliessen. resp. einzuschränken. Jeder derartige Versuch von Seite der Behörden ist entschieden im Interesse des Gemeinwohles und sollte auch, wenn richtig betrieben, von praktischem Werthe sich erweisen. Hoffentlich mehr als die städtische bakteriologische Controlle der Diphtherie, eine Maassnahme, deren Bedeutung für den Beurtheiler mit der Entfernung im directen quadratischen Verhältnisse zu wachsen scheint. Wenigstens ist es eine Thatsache, dass die interessirten Kreise in Deutschland wesentlich günstiger darüber urtheilen, als die zunächst betheiligten hiesigen Aerzte.

Im Anschluss hieran sind die im Februar 1896 herausgegebenen Regeln und Vorschriften der städtischen Gesundheitsbehörde für den Verkauf und das Aufbewahren von Milch ebenfalls von Interesse.

Dieselben bringen zunächst einen Auszug aus dem „Sanitary Code", von welchem wir nur herausgreifen wollen, dass Milch als verfälscht („adulterated") angesehen wird, wenn sie weniger als 3 Procent Fett (nicht Rahm! D. R.) enthält; wenn sie von Kühen gewonnen ist innerhalb 15 Tagen vor oder 5 Tagen nach Parturition; oder von Kühen, die mit Trebern oder irgend welchen in Gährung oder Jauchung befindlichen Stoffen oder ungesundem Futter gefüttert werden; wenn irgend ein Theil Rahm entfernt worden ist u. s. w. u. s. w. Hieran schliessen sich durchweg vernünftige Vorschriften für den Milchproducenten wie Händler, die, wenn sie wirklich durchgeführt würden, nur von Nutzen für den Consumenten sein könnten.

Gesetzesvorschläge zur Verhütung der „Vivisection“

Wir halten es für unsere Pflicht, unsere Leser darauf hinzuweisen, dass eben jetzt wieder verschiedene Gesetze im Congress sowohl als in mehreren Staaten, wie New York, Massachusetts etc., eingebracht worden sind, welche auf die Aufhebung, resp. Beschränkung der „Vivisection“ abzielen.

Es ist so wenig erfreulich, über die systematischen Bestrebungen dieser rettungslos bornirten Leute zu berichten, dass wir uns im Interesse unserer Leser darauf beschränken, sie aufzufordern, auf eine Protestirung von Seiten geeigneter medicinischer Körperschaften, wie Academy of Medicine u. s. w., gegen eine derartige Gesetzerlassung zu dringen.

Die „Massachusetts Medical Society“ hat sich schon in einem vorzüglich (und nicht zu zahm) verabfassten Circulare in diesem Sinne ausgesprochen.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 3. Juni 1895.—Präsident: Dr. Willy Meyer.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und genehmigt.

Vorstellung von Patienten. Demonstration von Präparaten, Instrumenten.

1. Dr. F. Kammerer: Ich bitte um Entschuldigung, wenn ich einen Fall vorstelle, der nicht ganz geheilt ist. Ich hatte den Patienten seit drei Wochen nicht gesehen und vermuthete, dass die Heilung vollkommen erfolgt sei. Es handelt sich um eine Exarticulation im Schultergelenk wegen Osteosarcom des Humerus. Wie Sie wissen, ist die Hauptschwierigkeit bei dieser Operation die Blutung zu verhindern, und ich habe in diesem Fall die Unterbindung der Subclavicula zuerst vorgenommen und muss sagen, dass der beabsichtigte Erfolg vollständig erzielt wurde, indem fast gar kein Blut verloren ging. Die Exarticulation wurde sozusagen im Trockenen vollendet. Ich hatte auch hier die Transfixation der Weichtheile mit langen Nadeln und Anlegung des Esmarch'schen Schlauches über den letzteren, wie man das bei der Oberschenkelexarticulation in vortheilhafter Weise benutzt, in's Auge gefasst, ich glaube aber, dass beim Oberarm die bessere Methode die ist, die Subclavicula zu unterbinden, besonders bei Individuen, die nicht sehr fett sind. Ein identisches Verfahren beim Oberschenkel wäre weniger rathsam, aus leicht ersichtlichen anatomischen Gründen. Auch hätte sich die Transfixation in diesem Fall verboten, da die Neubildung die Weichtheile bis in die unmittelbare Umgebung des Gelenks infiltrirt hatte. Der grosse Tumor hatte übrigens vor einiger Zeit schon zur Spontanfractur des Oberarms geführt. (Demonstrirt das Präparat.)

Discussion. Dr. F. Lange: Ich habe einmal sehr grosse Schwierigkeiten gehabt, die Subclavia zu unterbinden in einem ähnlichen Fall, wo es sich allerdings um einen Tumor des Schulterblattes handelte. Da war das ganze Schultergerüst so in die Höhe gedrängt, dass es mir nicht gelang, das Gefäss zu erreichen und ich musste davon abstehen. Unter sehr ungünstigen äusseren Verhältnissen wurde der Tumor so exstirpirt. Das Präparat von Dr. Kammerer erinnert mich an einen ähnlichen Fall, den ich hatte, wo ich auch in der ersten Etappe den Humerus exarticulirte; nach einem halben Jahr war ich

genöthigt, die Scapula und einen Theil der Clavicula fortzunehmen, und einige Monate darauf erlag die Patientin einem rapid sich entwickelnden intrathoracischen Recidiv. Welcher Natur ist der Tumor?

Dr. Kammerer: Grosszellig.

2. Dr. Stieglitz: Meine Herren! Die Patientin, die ich mir erlaube vorzustellen, habe ich seit December 1891 in Beobachtung gehabt. Ich habe sie seitdem mindestens alle paar Wochen gesehen. Als ich sie zuerst sah, bot sie Erscheinungen von corticaler Epilepsie des rechten Armes. Im Lauf der nächsten paar Monate schloss sich hieran allmähliche Abnahme der Kraft im selben Arm und schliesslich beinahe totale Lähmung des rechten Unterarms. Ich hatte die Diagnose eines Tumors gestellt, und im Juni 1892 hat Dr. Gerster eine Operation an der Patientin vorgenommen. Er hat den betreffenden Theil des Gehirns blossgelegt und fand an der Stelle, die wir bezeichnet hatten, eine subcorticale Cyste des Gehirns. Er machte einen Einschnitt und entleerte etwa eine halbe Unze strohgelbe Flüssigkeit, führte den Finger ein und fand, dass die Wandungen absolut glatt waren. Die Patientin erholte sich gut von der Operation, und die Lähmung besserte sich soweit, dass sie sogar bügeln und Hausarbeit besorgen konnte. Während der nächsten drei Jahre hat sie ab und zu an corticalen epileptischen Anfällen weiter gelitten. Ich möchte nun erwähnen, dass sie vor der ersten Operation keine Kopfschmerzen, Uebelkeit oder Schwindel, keine Stauungspapille, keine allgemeinen Gehirnsymptome hatte. Diese blieben auch während der nächsten drei Jahre aus. Im März dieses Jahres klagte sie zum ersten Mal in ihrem Leben über Kopfschmerzen. Dieselben waren sehr heftig und dauerten etwa zehn Tage. Zu gleicher Zeit fand Dr. Koller, der die Frau während dieser drei Jahre häufig mit dem Augenspiegel untersucht hatte, dass sich an dem einen Auge beginnende Stauungspapille einstellte, und die Hand wurde wieder etwas schwächer. Ich liess keine Zeit vergehen und bestimmte Dr. Gerster wieder vorzugehen unter der Voraussetzung, dass es sich um ein Recidiv handelte. Wir waren der Ueberzeugung, dass die alte Cyste auf der Basis einer Neubildung gewachsen war. Dr. Gerster hat am 8. April diese Operation im Deutschen Hospital vorgenommen. Er kam ohne Schwierigkeit an das Gehirn und fand an der alten Stelle eine Verfärbung, die ganz deutlich anzeigte, dass hier eine Neubildung vorlag. Die Färbung war etwa pflaumenroth und nicht grösser als eine kleine Mandel. Er verfolgte die Färbung etwas weiter nach oben und vorn von der alten Stelle, indem er mit seinem Rongeur Knochen entfernte. Dann schnitt er die Partie aus und fand, dass dieser Theil sich wie ein Kegel in die Tiefe fortsetzte, mit der Basis nach oben an der Rinde und der Spitze in der weissen Substanz. Diesen Kegel hat er ausgeschält, fand dann aber, dass er nicht die ganze infiltrirte Gehirnpartie entfernt hatte, und entfernte dann um diesen Kegel einen Ring Gehirnsubstanz von etwa einem cm. Breite an

jeder Seite. Die Patientin erholte sich sehr gut. Ich stelle sie hauptsächlich wegen des pathologischen Befundes an den entfernten Gehirntheilen vor. Eine Untersuchung des entfernten Kegels zeigte, dass er hauptsächlich aus der alten zusammengeschrumpften Cystenwand bestand. Der Schnitt aus der Tiefe zeigte nichts als die alte zusammengeschrumpfte Cystenwand. Indem man sich dem Cortex näherte, kam man an eine Stelle, wo sich an einem Punkt der Cystenwand eine Neubildung ansetzte. Dies ist unter dem Mikroskop zu sehen.

Es handelt sich um ein Gliosarkom. Man kann an einzelnen Stellen sehen, wie sich Inselchen des Sarkoms bereits in der gesunden Gehirnsubstanz befinden.

Die Patientin hat sich so weit erholt, dass sie einige Kraft im Arm, der nach der Operation total gelähmt war, wieder erlangt hat. Sie kann die Hand wieder zusammendrücken. Voraussichtlich wird sich das weiter bessern, ähnlich wie nach der letzten Operation, wo die Lähmung sich wieder hob. Sie hat keine anderen Gehirnerscheinungen, keine Kopfschmerzen, keine Stauungspapille und sonstige Erscheinungen. Ich stelle sie hauptsächlich wegen des anatomischen Befundes vor. Das Interessanteste in dem Fall liegt meiner Meinung nach darin, dass sich hier an eine anscheinend ganz unschuldige Gehirngeschwulst, eine Cyste, eine ausserordentlich maligne Neubildung anschloss, nach dreijährigem Fortbleiben von Erscheinungen. Und es beweist das wiederum, dass man in diesen Fällen, wenn es nur überhaupt möglich ist, die Cystenwand entfernen muss. Und wenn die Operation zu schwierig ist, um die Cystenwand zu entfernen, sollte man nach einigen Monaten, vielleicht nach einem Jahr vorgehen und die schnell zusammengeschrumpfte Cystenwand entfernen. Das müsste ausserordentlich leicht sein, denn die Cystenwand schrumpft zusammen, ähnlich wie eine Abscesshöhle im Gehirn zusammenschrumpft.

D i s c u s s i o n. Präs. Dr. Willy Meyer: Ich glaube, wir sollten speciell die letzte Bermerkung des Dr. Stieglitz beherzigen, dass die Cysten, wenn nicht auf traumatischer Basis entstanden, in der grössten Mehrzahl sich auf der Basis des malignen Tumors entwickeln, und dass man, wenn sie sich primär nicht beseitigen liessen, ca. nach einem Jahre eingreifen sollte.

Bevor wir zum nächsten Punkt der Tagesordnung übergehen, haben wir Ihnen noch das Protocoll der Verwaltungsrathsitzung, die heute stattgefunden hat, mitzutheilen.

Secr. Dr. A. Rose verliest das Protocoll des Verwaltungsraths.

D r. F. K a m m e r e r: B e m e r k u n g e n z u r P r o g n o s e d e r A p p e n d i c i t i s.

D i s c u s s i o n. Dr. F. Lange: Ich bin dem Vortrage mit grossem Interesse gefolgt. Er betrifft ja ein Thema, welches uns in den letzten Jahren ganz besonders beschäftigt und in Anspruch genommen hat, und eine Frage, welche in mancher Beziehung noch nicht entschieden ist.

Ich meinerseits bin auf Grund meiner klinischen Beobachtungen durchaus davon überzeugt, dass die Prognose hauptsächlich bedingt ist durch die Qualität des toxischen Agens, welches zur Resorption kommt. Dass hinsichtlich der Intimität des Giftes sehr grosse Verschiedenheiten bestehen müssen, ist desshalb zweifellos, weil wir einerseits, allerdings glücklicherweise selten, beobachten können, dass Processe von geringer Ausdehnung die schwerste Sepsis bedingen können, welche auch durch eine Entlastung des Herdes nicht mehr aufzuhalten ist, und andererseits ausgedehnte Eiterungen über einen grossen Theil der Peritonealfläche von einem glücklichen Ausgange nicht ausgeschlossen sind. Es wird nöthig sein, die biologischen Vorgänge, welche zur Entwicklung des Giftes führen, zu erforschen und zu differenziren, wenn die Prognose der Krankheit eine wissenschaftliche Begründung erhalten soll, und vermuthlich wird es auch hier darauf hinauskommen; dass ceteris paribus die Malignität des Processes abhängig sein wird von der Lebensthätigkeit ihrem Wesen nach verschiedener Mikroorganismen.

In zweiter Linie wird die Prognose der Appendicitis natürlich auch abhängen von der Ausdehnung des Processes und damit von dem Quantum des resorbirten Giftes; und leider liegen die Verhältnisse so, dass die virulenteren Vorgänge meistens auch die Neigung haben, sich rapide nach der Fläche zu verbreiten und damit einer vermehrten Aufnahme des an sich schwereren Giftes Vorschub zu leisten.

Die klinische Werthschätzung dieser Fälle ist eine sehr schwierige Theoretisch gedacht erfordern sie natürlich eine möglichst frühe Operation und darum sollte es der behandelnde Arzt nicht unterlassen, die Anfangsstadien eines Falles von Appendicitis ganz besonders sorgfältig zu überwachen. Es können unter Umständen Stunden für das Schicksal des Kranken entscheidend sein.

Andererseits deckt sich die Ausbreitung der Eiterung über einen grossen Theil des Peritoneums nothwendigerweise noch nicht mit einer schlechten Prognose. Ich gebiete über eine Reihe von Fällen, in denen Heilung eintrat, trotzdem sie allem Anschein nach zu den sogenannten diffusen zu rechnen waren, und in deren Eitermassen durch Incisionen von vorne, in den Lumbalgegenden durch das Rectum entleert wurden, in denen ferner von einer solchen Beschaffenheit der Dinge, dass es sich um eine Anzahl abgekapselter Eiterungen gehandelt hätte, zur Zeit der Operation nicht die Rede war. Ich nehme gleichwohl Anstand, sie als diffus zu bezeichnen in dem Sinne, dass damit eine Betheiligung des ganzen Peritoneums gemeint sein sollte. Auch scheint es mir nach Maassgabe der klinischen Beobachtung nicht ausgeschlossen, dass jenseits des Bereiches des virulenten Herdes entzündliche Vorgänge milderer Art sich auf dem Peritoneum abspielen können, welche nach Entfernung des Hauptherdes einer spontanen Rückbildung zugänglich sind, soweit man dies aus dem Verschwinden physikalisch nachweisbarer Ergüsse schliessen darf.

Der Auffassung des Collegen Kammerer in Bezug auf die Indication, unter allen Umständen den Appendix zu entfernen, kann ich mich nicht anschliessen. Ich sehe die Indication hiezu vielmehr nur da, wo die Gefahr der Operation dadurch nicht gesteigert wird, denn es ist nicht zu leugnen, dass gelegentlich die Verhältnisse so liegen, dass die radicale Entfernung des Appendix eine nicht unerhebliche Verlängerung der Operation bei einem wenig widerstandsfähigen Patienten bedeutet, dass sie ohne insultirende Manipulationen nicht auszuführen ist und eventuell die Eröffnung der freien Bauchhöhle nothwendig macht, welche ich trotz aller schützenden Compressen und Drainirungen nicht für so harmlos halte, wie das von vielen Autoren dargestellt wird. Die Gefahr der recidivirenden Appendicitis nach Incision im alten Stil ist keine grosse. Ich habe doch in früheren Jahren, wo man die Eröffnung der freien Bauchhöhle geradezu perhorrescirte, viele „perityphlitische Abscesse eröffnet" und Recidive doch nur in einem sehr kleinen Procentsatz beobachtet. Für mich ist es nach wie vor Regel, sofern es sich um einen abgegrenzten Process handelt, denselben vor allem genau zu localisiren und ihn von der Seite her anzugreifen, wo ich zunächst nicht Gefahr laufe, den freien Bauchraum zu eröffnen; und in einem relativ grossen Procentsatz mache ich nicht die typische vordere Incision, sondern ich operire von der Lendengegend aus oder durch die vordere Rectalwand oder incidire an mehreren Stellen zugleich. Unter allen Umständen ist es für die vollständige Entfernung des Appendix besser, derselben die möglichst gründliche Entfernung des Eiters vorausgehen zu lassen.

Die Perforation zwischen die Blätter des Mesocolon, gefolgt von ausgedehnter Nekrose und Verjauchung des retroperitonealen Zellgewebes, glaube ich einmal beobachtet zu haben. Es gelang, den Process nach lumbaler Incision zu begrenzen und es erfolgte Heilung nach Exspoliation mächtiger Gewebsfetzen.

Die Prognose der Appendicitis könnte vielleicht noch eine Ergänzung erfahren hinsichtlich einer secundären Gefahr, nämlich der durch Ileus in Folge strangförmiger Abschnürung oder Abknickung des Darmes. Ich war bis jetzt genöthigt, in fünf solchen Fällen operativ einzuschreiten. In dem einen handelte es sich um Strangulation durch ein Pseudoligament zwei Jahre nach einer sehr ausgedehnten eiterigen Peritonitis, bei welcher ich selber den Appendix entfernt hatte. Es erfolgte glatte Heilung.

In den vier anderen Fällen handelte es sich um Ileus-Erscheinungen, welche in der zweiten bis vierten und fünften Woche nach der primäre Attacke auftraten. In zweien von ihnen hatte ich ursprünglich operirt. Die Eiterungen waren sehr ausgedehnt gewesen, in dem einen Falle waren Gazedrains von der grossen medianen Laparotomie-Wunde aus nach acht verschiedenen Richtungen gelegt worden. Beide Male erfolgte Heilung nach Durchtrennung straff den Dünndarm ab-

quetschender Netzstränge, wobei auch an anderen Stellen gefässreiche Pseudoligamente durchtrennt und verlöthete Darmmassen entwirrt wurden. In den beiden anderen Fällen erfolgte der Tod an septischer Peritonitis, welche schon bei der Operation im Gange war.

Interessant ist die Beobachtung, wie mit der Zeit Flächen-Adhäsionen sich lösen können und wie anfangs dicke, gefässreiche, succulente und leicht blutende Pseudoligamente allmälig dünner werden und ganz verschwinden können. Ich habe einer meiner Patientinnen aus Indicationen, welche ich hier nicht näher erwähnen will, fünf mal den Unterleib öffnen müssen. Sie hatte ursprünglich eine Abdominalschwangerschaft und intraperitoneale Eiterungen gehabt, in deren Gefolge noch eine ausgedehnte Darmresection nöthig wurde. Kurzum, es hatten sich Vorgänge abgespielt, in deren Gefolge man ausgedehnte Verklebungen der Därme als unvermeidlich hätte vermuthen sollen. Bei der letzten wegen Castration ausgeführten Laparotomie fand sich aber, dass nur relativ wenige, dünne, bandförmige Adhaesionen bestanden und dass auch gegen die breite Narbe der Bauchwand, trotz einer für lange Zeit dagewesenen Eiterung, keine flächenhafte Verklebung mehr bestand.

In dem einen der angeführten glücklich operirten Ileus-Fälle entfernte ich den Appendix, welcher einen Kothstein enthielt, erst bei der Operation wegen Ileus, da bei der ersten Operation der Allgemeinzustand jeden längeren Eingriff contraindicirte und der Wurmfortsatz sehr unzugänglich lag. Die Perforationstelle war so glatt verheilt, dass sie nur noch an einem kleinen Granulationsbüschel auf der Schleimhaut kenntlich war und die ursprünglich jedenfalls massenhaft vorhandenen Verklebungen waren zum grossen Theil verschwunden. Nicht einmal gegen die lange Zeit offen gehaltene und secundär geschlossene erste Incisionswunde bestanden sie.

REFERATE.

Chirurgie.

Referirt von Dr. G. T. Kiliani.

On the Value of Cocainization of the Nasal Mucous Membrane before and during Surgical Anaesthesia, with Report of one Hundred Cases. By Arpad G. Gerster, M.D., New York, Surgeon to the German and to Mount Sinai Hospitals, in Collaboration with A. D. Mayer, M. D. and C. Theobald M. D. Members of the House Staff of the German Hospital, New York. (Annals of Surgery, January 1896.)

Ref. schrieb als Schlussworte eines Referates über Paul Rosenberg's „Neue Methode der allgemeinen Narcose" („N.Y. Med. Monatsschrift" März '95) Folgendes: Wir wünschen auf das Lebhafteste, dass die etwas enthusiastischen Hoffnungen des Verfassers, wenn auch nur zum Theil, sich erfüllen mögen.

Jedenfalls erscheint der Gedankengang so rationell, und die Ausführung der im Anschluss daran gestellten Postulate so einfach und gefahrlos, dass eine Nachprüfung nur erwünscht sein kann.

Gerster schliesst seinen Bericht über hundert nach obengenannter Methode ausgeführte Narcosen mit den Worten: Im Ganzen ist der Schluss berechtigt, dass die Methode eine Prüfung in ausgedehnter und systematischer Weise verdient, da sie leicht und einfach anzuwenden, augenscheinlich keine Gefahr damit verbunden ist und zweifellos die peinlichen subjectiven Erscheinungen der Narcose für den Patienten durch die Anwendung des Cocains auf die Nasenschleimhaut verringert werden.

In Kurzem aufgeführt waren die Resultate folgende: Als Narcoticum wurde verwendet Chloroform 52mal, Aether 24mal, A. C. E. Mischung 13mal, Chloroform und Aether 8mal, A. C. E. Mischung und Aether 2mal, Chloroform, A. C. E. Mischung und Aether 1mal.

Die Narcosen wurden eingetheilt in sehr gute, ziemlich gute, d. h. begleitet von leichten Aenderungen in Puls und Respiration, mässige Cyanose, aber keine ernstlichen unerwünschten Symptome, und schlechte, d. h. wobei deutliche Abweichung von normalem Puls und Respiration, beträchtliche Cyanose, Muskelzittern oder längere Muskelrigidität beobachtet wurden.

Sehr gut waren 66, ziemlich gut 14 und schlecht 20.

Bei den 66 sehr guten wurde benutzt: Chloroform 36mal, Aether 20mal, A. C. E. Mischung 18mal.

Bei den 14 ziemlich guten: Chloroform 8mal, Aether 3mal, A. C. E. Mischung 3mal.

Bei den 20 schlechten: Chloroform 15mal, Aether 3mal, A. C. E. Mischung 2mal.

Die schlechten Narcosen betrafen fast durchweg Potatoren.

Zeitverlauf bis zur absoluten Narcose: bei Chloroform 5—8 Minuten, bei Aether 15—20, bei A. C. E. Mischung 12—15 Minuten.

Durchschnittliches Anaestheticum per Stunde: Chloroform 33 Gr., Aether 106, A. C. E. Mischung 84 Gr.

Statt 10procent Cocainlösung (nach Rosenberg) wurde 5procent benutzt.

Unter den schlechten Narcosen hebt G. hervor: 1. Nephrektomie wegen Carcinom, 61 Jahre alt, anaemisch, schwach. Collaps in der Narcose nach profuser Blutung bei Loslösung der Niere. Pat. erholt sich, Vollendung der Operation. Tod 3 Stunden nach Operation, augenscheinlich an acuter Anaemie (des Autors Worte).

2. Nephrektomie wegen Nierenfistel nach Nephrektomie wegen Pyelonephritis. Bei Blutverlust wird Puls rasch klein, weich, fadenförmig. Subcutane Injection von 150 Gr. Salzlösung. Pat. erholt sich. Op. vollendet.

3. Pat. 50 Jahre alt, Mamma-Carcinom. Nach geringem Blutverlust sinkt Puls auf 30, schwach bis unnachweisbar, Respiration sinkt ebenfalls, Blässe des Gesichts, leichte Cyanose der Lippen. Unterbrechung der Operation und Narcose. Puls und Respiration bleiben schwach 3 Tage lang.

Gerster legt diesen Fall als Cocainvergiftung aus.

4. 17jähriger Onanist, kleine Inguinal-Hernie. Plötzlicher Stillstand der Respiration 35 Minuten nach Beginn der Narcose (25 Gr. Chloroform; Tropfmethode). Enorme Cyanose, Glottiskrampf, der schliesslich nach vergeblicher Anwendung anderer Mittel Tracheotomie nothwendig machte. Puls blieb die ganze Zeit gut (90).

Gerster nennt dies einen completen Misserfolg der Methode.

Ausser dem eingangs erwähnten Hauptschlusssatz des Autors sind noch folgende Schlussfolgerungen hervorzuheben: Einleitung der Narcose ruhiger, rascher, weniger Brechen. Späterer Theil der Narcose ruhiger und freier von Unterbrechungen als sonst. (Ausser Potatoren!).

20—25 Minuten nach Beginn der Narcose 10mal Pulsbeschleunigung, Blässe des Gesichts, profuser Schweiss, die als Cocainwirkungen aufzufassen sind.

Die Nachwirkungen der Narcose sind leichter. Weniger Ueblichkeit, Erbrechen, Kopfweh und allgemeine Abgeschlagenheit.

Bei Potatoren zeigt die Methode keine deutlichen Vortheile von den älteren Methoden.

Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofr. Prof. Dr. Hermann Nothnagel. XI. Band. II. Theil. III. Abtheilung. Der Ménière'sche Symptomencomplex. Die Erkrankungen des inneren Ohres. Von Dr. L. v. Frankl-Hochwart, Privatdocent für Neuropathologie an der Universität Wien. Wien 1895. Alfred Holder. (Zugestellt durch B. Westermann & Co. 812 Broadway, New York.)

Der Symptomencomplex des Ohrenschwindels ist für den inneren Arzt, für den Ohrenspecialisten und Chirurgen, wie für den Neuropathologen und Nervenarzt gleich interessant. Frankl-Hochwart beschränkt sich in seiner Abhandlung jedoch nicht darauf, denselben auf das Eingehendste zu beschreiben, unter Anführung typischer Fälle aus der Literatur, sowie hieraus die Diagnose und Prognose (und das Wenige, was an Therapie dabei zu besprechen ist, ebenfalls) abzuleiten, sondern er bringt vor allem am Eingange seiner Arbeit eine originelle Eintheilung, die hier, da sie zugleich den Inhalt der Schrift charakterisirt, wiedergegeben werden soll:

Ménière'sche Symptome (ein Krankheitsbild, bestehend in Schwerhörigkeit und der Begleit-Trias: Schwindel, Erbrechen, Ohrensausen).

I. Die Erkrankung erfolgt momentan bei bisher intactem Gehörorgane.

1. Die apoplektische Form Ménière (eigentlich Ménière'sche Krankheit der Autoren, apoplektische Taubheit); anatomische Basis, vermuthlich Bluterguss in's Labyrinth.

2. Diejenige traumatische Form, bei welcher sich die Trias dem Insulte unmittelbar anschliesst.

II. Die Erkrankung gesellt sich zu vorliegenden Ohrenerkrankungen entweder acuter oder chronischer Natur:

a) bei Mittelohrprocessen,

b) bei Labyrinthprocessen,

c) Processe im äusseren Gehörgang,

d) Erkrankungen der Verzweigungen des Acusticus.

III. Durch äussere Eingriffe und Einflüsse entstehender Ohrenschwindel. (Ohrausspritzungen, Calheterisirung etc. etc.)

IV. (Anhang) Pseudo-Ménière'sche Anfälle. Paroxysmales Auftreten von Schwindel, Erbrechen und Ohrensaussen bei intactem Ohre ohne äussere Einflüsse.

Im zweiten Theile werden die Erkrankungen des schallempfindenden Apparates, also des Labyrinthes des Acusticus und seiner intracerebralen Verbreitung in klarer schematischer Weise besprochen, sowie die verschiedenen Untersuchungsmethoden gut beschrieben.

Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofr. Prof. Dr. Hermann Nothnagel. XII. Bd. II. Theil. Nervosität und neurasthenische Zustände von Prof. Dr. R. v. Krafft-Ebing. Wien 1895. Alfred Hölder. (Zugestellt durch B. Westermann & Co., 812 Broadway, New York.

Der allbekannte Verfasser, dessen Productivität zu bewundern ist, bringt in diesem Band ein abgeschlossenes klarübersichtliches Bild der Nervosität und neurasthenischen Zustände, wobei der Aetiologie unter anderem ebenfalls die nöthige Würdigung zutheil wird.

Die Besprechung der Einzelsymptome nimmt einen weiteren grossen Abschnitt ein. Die Diagnose ist sehr kurz behandelt, nur auf die Differenzirung der Neurasthenie von Hypochondrie und Hysterie scheint K. besonderen Werth zu legen. Im Kapitel Therapie bringt er seine schon früher geäusserte Ansicht u. a. wieder zur Geltung, dass auch für die Mittelklassen Sanatorien für Nervenkranke, die natürlich alle Psychosen streng ausschliessen müssen, zu errichten seien, welche jetzt bloss den den wohlhabenden Klassen zugänglich seien. Den Schluss dieser vorzüglichen, ohne specialistischen Ballast geschriebenen Arbeit bildet die Zusammenstellung der geschlossenen Krankheitsbilder der Neurasthenie in ihren verschiedenen Formen.

Allerlei.

— Am 18. Februar fand bei Muschenheim, 41 W. 31. Str., die dritte diesjährige wissenschaftliche Versammlung der Aerzte des Collegium des deutschen Dispensary's in der Stadt New York statt.

Dem Vortrage Dr F. Schwyzer's „Ueber Blutdiagnostik und wichtige Fortschritte in der Lehre vom Blut“ folgte der herkömmliche gesellige Theil, wobei es dem Secretär vergönnt war, Herrn Dr. Ludwig Straus im Namen des Collegiums einen silbernen Becher in Anerkennung seiner 25jährigen treu geleisteten Dienste überreichen zu dürfen. Dr. L. Straus gehört seit 25 Jahren ununterbrochen dem Collegium der Aerzte des Deutschen Dispensary's activ an und hat immerfort ein derartig lebhaftes Interesse für die Anstalt geäussert, dass das Collegium dieses Jubiläum, welches sich zum ersten Male in den Annalen des Instituts ereignete, auf diese Weise feiern zu sollen glaubte.

— Das Wiener medicinische Doctoren-Collegium besorgt seit dem Jahre 1892 die Eintreibung von in Wien anhängigen Forderungen seiner Mitglieder — auf specielles Verlangen derselben. Der Erfolg ist, wie nunmehr officiell mitgetheilt wird, ein zufriedenstellender. Im genannten Zeitraume wurden von 74 Mitgliedern 528 Forderungen im Betrage von 13,418 fl. angemeldet, wovon 327 dem Advokaten des Collegiums übergeben werden mussten. 7904 fl. wurden auf gütlichem oder gerichtlichem Wege hereingebracht; 1639 fl. sind wegen Unauffindbarkeit der Schuldner, in Folge freiwilliger Nachlässe oder aus dem Grunde nicht hereingebracht worden, weil die richterliche Intervention des Gläubigers nicht gewünscht worden war; der Rest wird theils in Ratenzahlungen geleistet, theils ist das Verfahren noch im Zuge. Die Anmeldung geschieht unentgeltlich, die Gebühren, welche das Collegium, resp. sein Advokat, für die Eintreibung berechnet, sind sehr gering (Baarauslagen für Stempel, Porti, 5—10 Procent des eingegangenen Betrages als Tantième), die Rechtsvertretungskosten werden vom Collegium bestritten. Die Abrechnung mit den Mitgliedern findet vierteljährlich statt.

(„Münchn. Med. Woch.“, No. 7, '96.)

— Der Bericht der Serumcommission der ärztlichen Vereine Münchens, mitgetheilt in der Nummer vom 18. Febr. 1896 der „Münch. Med. Wochenschrift“, schliesst mit folgenden Worten:

„Wenn wir aus dem bislang vorliegenden Material der Sammelforschung resumiren, so ergibt sich, dass wir im allgemeinen die gleichen Resultate wie anderwärts erzielt haben: in den weitaus meisten Fällen bleibt der locale Process stehen. Auch die Allgemeinerscheinungen

wenden sich zumeist in kurzer Zeit und oft in auffallender Weise zum Bessern. Eine dauernde Schädigung des Organismus resp. der Nieren ist nicht beobachtet, — es tritt an uns daher nothwendig die Anforderung, im gegebenen Falle zeitig und ausreichend das neue Mittel anzuwenden. Mit seiner Hilfe können wir wie mit keinem der bisher empfohlenen in gutem Vertrauen einem der schlimmsten Feinde des Kindesalters entgegentreten, dabei dankbar gedenkend des Mannes, der uns die nun erprobte Waffe in die Hand gegeben hat."

— Wir werden um den Abdruck nachfolgenden Programms des internationalen dermatologischen Congresses in London ersucht:

„Third International Congress of Dermatology. To be held in London, August 4th to 8th, 1896. Programme: Dermatology. Syphilis. Tuesday, August 4th. Preliminary business. 12.0—Presidential address. 3 P. M. Subject:—"Prurigo". 1. — Dr. Besnier (Paris). 2. — Prof. Kaposi (Vienna). 3.—Dr. J. C. White (Boston). 4.—Dr. Payne (London). Wednesday, August 5th. 9.0 A. M.—Clinical Demonstration of Cases. 10.30 A. M. Subject:—"The Etiology and Varieties of Keratosis". 1.—Dr. Unna (Hamburg). 2. — Dr. H. G. Brooke (Manchester). 3.—Prof. V. Mibelli (Parma). 4.—Dr. W. Dubreuilh (Bordeaux). 3.0 P. M. Papers. 10.30 A. M. Subject: — "Syphilitic Re-Infection". 1.—Prof. Fournier (Paris). 2.—Prof. Lang (Vienna). 3. — Mr. Alfred Cooper (London). 4. — Dr. Fitzgibbon (Dublin). 3.0 P. M. Papers. Thursday, August 6th. 9.0 A. M.—Clinical Demonstration of Cases. 10.30 A. M. Subject:—"The Connection of Tuberculosis with Diseases of the Skin other than Lupis Vulgaris". 1.—Dr. J. Nevins Hyde (Chicago). 2.—Dr. Hallopeau (Paris). 3.—Dr. Radcliffe Crocker (London). 4. — Dr. G. Riehl (Vienna). 10.30 A. M. Subject: — "The Duration of the Period of Contagion of Syphilis". 1.—Mr. Hutchinson (London). 2.—Prof. Campana (Rome). 3.—Prof. Lassar (Berlin). 4.—Dr. Feulard (Paris). 2.0 P. M.—Subject: "Ringworm and the Tricophytons". 1.—Dr. Sabouraud (Paris). 2.—Prof. Rosenbach (Göttingen). 3.—Mr. Malcolm Morris (London). Many contributions to this Debate promised. Friday, August 7th. 9.0 A. M. — Clinical Demonstration of Cases. 10.30 A. M. Subject: — "The Natur and Relations of the Erithema Multiforme Group". 1.—Prof. De Amicis (Naples). 2.—Dr. T. H. Veiel (Stuttgart). 3. — Dr. P. A. Morrow (New York). 4. — Dr. Stephen Mackenzie (London). 10.30 A. M. Subject: — "Malignant Syphilis". 1.—Prof. Handlung (Copenhagen). 2.—Prof. Neisser (Breslau). 3. — Prof. Tarnovsky (St. Petersburg). 2.0 P. M.—Clinical Demonstration of Cases. 3.0 P. M. Papers. Saturday, August 8th. 9.0 A. M.—Clinical Demonstration of Cases, followed by Papers.

Note.—The Congress has been fortunate enough to secure for its use the building known as Examination Hall, on the Victoria Embankment. This will afford every facility for all kinds of demonstrations; cases, pictures, museum, etc. Special efforts are being made to have

large clinical demonstrations of cases, and all who have been in London know how rich is the material there.

It is of the greatest importance that those intending to join the Congress should notify the secretary, Dr. J. J. Pringle, 23 Lower Seymour St., London, W., of their intention as soon as possible. The membership fee is $5.00, which should be sent in the form of a one pound Sterling draft on London, or P. O. order to the same amount.

Geo. Thos. Jackson, 14 East 31st St., New York.
Secretary for the United States."

"The Clinical Recorder", dessen erste Nummer uns kürzlich zuging, ist eine neue medicinische Vierteljahrsschrift, von Dr. Wm. S. Gottheil herausgegeben. (Verlag G. A. Sykes, 66 World Building, New York. $1.00 jährlich.)

Soweit ersichtlich, vertritt das Blatt die Interessen der kürzlich gegründeten "School of Medicine", was jedenfalls für die Rührigkeit der betreffenden Herren spricht. Das erste Heft bringt 7 theilweise illustrirte Artikel von Lehrern der genannten Anstalt.

— Der dritte internationale Congress für Psychologie wird in der Zeit vom 4. bis 7. August 1896 in München unter dem Präsidium von Prof. Stumpf (Berlin) und Prof. Lipps (München) tagen. Anmeldungen sind an den Generalsecretär des Congresses, Dr. Freiherr v. Schrenck-Notzing, Max Josephstr. 2, I., München, zu richten.

— Ein Chinin-Monopol. Die italienische Regierung hat dem Parlamente einen Gesetzentwurf vorgelegt, nach welchem der Chininverkauf zu Gunsten des Staates monopolisirt werden soll. Darnach soll das Chinin in den Tabakläden und bei den Gemischtwaarenhändlern verkäuflich sein, und zwar das schwefelsaure Chinin in Päckchen zu 3 Gramm, das salzsaure Chinin in Päckchen zu 2 Gramm. Das Gramm soll nicht höher als auf 2 Soldi kommen. Dieses Monopol soll zunächst für 5 Jahre eingeführt werden. Als Hauptgrund für die Nothwendigkeit eines solchen Gesetzes führt die Regierung die Thatsache an, dass in Italien jährlich 16,000 Todesfälle an Malaria vorkommen, und dass mehr als 3000 Gemeinden der Apotheken entbehren.

Eingesandt.

Spezielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofr. Prof. Dr. Hermann Nothnagel. XXII. Band. I. Theil. Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxödem und Cretinismus, von Prof. Dr C. A Ewald.

Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz.

III. Reihe, Heft 1. Zur Aetiologie und Pathologie der Anginen, der Stomatitis aphthosa und des Soors. Von Dr. Max Stooss, Bern.

III. Reihe, Heft 9. Ophthalmoskopische Studien. Vo. Dr. A. Siegrist, Basel.

(Sämmtlich durch Lemcke & Büchner.)

Berliner Klinik, Heft 92. Ein prophylaktischer, Eduard Martinscher Handgriff in der zweiten Periode der Beckenendgeburt etc. Von Dr. Ludwig Pincus, Danzig.

An die Leser.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

OTTO G. T. KILIANI,
133 E. 57. Str.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.
Organ für praktische Aerzte in Amerika

herausgegeben von

Redigirt von

DR. OTTO G. T. KILIANI.

Bd. IX. New York, April 20. 1896. No. 4.

ORIGINALARBEITEN.

Praktische Bemerkungen über Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase mit Demonstration von Präparaten, Zeichnungen und Instrumenten.*)

Von Dr. J. W. GLEITSMANN,
New York.

Es liegt nicht in der Absicht meines Vortrages am heutigen Abend, Ihnen eine detaillirte Schilderung der Symptomatologie und Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase zu geben, eine Abhandlung, welche die mir zugemessene Zeit bedeutend überschreiten würde, und die auch für eine Gesellschaft wie die unserige nicht am Platze sein dürfte; noch dürfen Sie erwarten, dass ich Ihnen viel Neues bringen kann, da der Gegenstand schon von vielen, und auch unseren amerikanischen Collegen nach allen Richtungen hin erforscht und beschrieben worden ist. Ich habe dieses Thema hauptsächlich desshalb gewählt, einerseits weil es, so viel ich weiss, in unseren Versammlungen noch nie im Zusammenhang besprochen worden ist, andererseits weil die Beobachtung so häufig gemacht wird, dass eine grosse Anzahl Patienten zur Behandlung kommen, welche ihre Leiden monate-, ja jahrelang mit sich herumschleppen, bis sie endlich veranlasst werden, Hülfe zu suchen. Ferner beabsichtigte ich, Ihnen an der Hand von einigen Präparaten und Zeichnungen den Weg zu einer

* Vortrag gehalten vor der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York, 2. März 1896.

Diagnose zu zeigen, und Sie dadurch in den Stand setzen, die einfacheren, weniger complicirten Läsionen nicht bloss zu erkennen, sondern auch zu behandeln. Es ist schon viel gewonnen, wenn die mehr zu Tage tretenden Affectionen dieser Theile rechtzeitig erkannt werden, es bleibt dann immer noch eine erklekliche Zahl von Fällen übrig, in welchen es schwierig ist, den Sitz der Herderkrankung zu bestimmen, und welche die ganze Geduld und Ausdauer des sich damit beschäftigenden Arztes auf die Probe stellen.

Da die anatomischen Verhältnisse ziemlich complicirt sind und etwas ausserhalb des Bereiches unserer gewöhnlichen Thätigkeit stehen, werden Sie mir erlauben, Ihnen dieselben kurz in's Gedächtniss zurückzurufen, ehe ich auf den eigentlichen Gegenstand meines Vortrages eingehe. Ich zeige ihnen zunächst einen durch mehrfache Sägeschnitte zerlegten Schädel mit aussergewöhnlich starker Entwickelung der Nebenhöhlen, besonders der Stirn- und Keilbeinhöhlen, durch deren beide Ausführungsgänge Sie Strohhalme eingeführt sehen. Die Kieferhöhle der einen Seite können Sie vollkommen übersehen, da die äussere Wand entfernt worden ist. Ferner habe ich mehrere Präparate mitgebracht, bei denen Sie ausser den Siebbeinzellen, welche am Schädel nicht sichtbar sind, die Nebenhöhlen in verschiedenen Gestaltungen und mit den natürlichen Membranen ausgekleidet sehen. Die drei Abbildungen schliesslich, die an der Tafel hängen und die ich für Sie in vergrössertem Maassstabe habe anfertigen lassen, sind aus drei Altlanten gewählt, und geben eine Uebersicht der gegenseitigen Beziehungen der Höhlen unter sich. Auf einige nähere, nicht ganz zu umgehende Details, z. B. anormale Bildungen, die Ausführungsgänge, deren Sondirbarkeit, etc., werde ich bei Besprechung der Diagnose zurückkommen.

Ueber die Aetiologie der Nebenhöhlenerkrankungen kann ich wohl kurz hinweggehen, da mein Vortrag sich hauptsächlich mit der Symptomatologie und Therapie beschäftigen soll. Infectionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, auch Typhus, Diphtherie, etc., besonders Influenza, liefern ein grosses Contingent, und sind besonders Erkrankungen infolge der Influenzaepidemien der letzten Jahre viel häufiger beobachtet worden. Traumatische Ursachen, z. B. für die Kieferhöhle

schadhafte Zähne, ebenso dyskrasische Erkrankungen, wie Syphilis, liefern ein prädisponirendes Element. Auch der gewöhnliche Schnupfen, sowie chirurgische Eingriffe sind manchmal die veranlassende Ursache.

Die pathologischen Veränderungen bestehen entweder in katarrhalischer Erkrankung der Schleimhaut mit Hyperämie, Schwellung und Secretion einer serösen Flüssigkeit (Hydrops) oder, wie in der überwiegenden Anzahl der Fälle, in chronischer Entzündung mit eitriger Secretion. Es werden ferner Granulationswucherungen, Caries der Knochen, auch Geschwülste, besonders in den Kieferhöhlen, beobachtet, welche letztere die Diagnose beträchtlich erschweren können.

Symptomatologie. Bei allen Höhlenerkrankungen wird eine gewisse Anzahl gemeinsamer Symptome beobachtet, und sollen zunächst dieselben im Zusammenhang besprochen werden. In vielen Fällen sind die Klagen der Patienten sehr geringfügig, und kann nur durch genaue Anamnese und sorgfältige Untersuchung die Diagnose einer Erkrankung überhaupt gemacht werden. In der Regel aber sind subjective Beschwerden, wie schmerzhafte Empfindungen und Störungen des Nervensystems, vorhanden. Kopfweh wird am häufigsten beobachtet, und giebt der Sitz desselben manchmal einen Fingerzeig zur Localisation des Leidens. Bei Affectionen der Kieferhöhle ist der Schmerz meist in der Nasen-, Stirn- und Joehbein-Gegend, im Stirnbein und der Stirnglatze natürlich hauptsächlich bei Erkrankung der Stirnhöhle, und auch nach seitwärts und rückwärts ausstrahlend. Affectionen der Keilbeinhöhle verursachen Schmerzen im Hinterhaupt, diejenigen der Siebbeinzellen solche im inneren Theil der Orbita, in der Scheitelgegend. Doch kann man aus diesen Empfindungen keine sichere Diagnose machen, da die Schmerzbezirke nicht bestimmt abgegrenzt sind, und auch Erkrankungen mehrerer Höhlen gleichzeitig bestehen können. Ausserdem kommen auch fast alle bei anderen Nasenleiden beobachteten nervösen und mechanischen Störungen vor, so von den ersteren Schwindel, Benommenheit, Druck im Kopf, Unlust und Unfähigkeit zur Arbeit, Aprosexie, etc. Als ein Curiosum mag der mehrfach citirte Fall von Grünwald, einen Gastwirth betreffend, gelten, der, mit Sieb- und Keilbeinempyem behaftet, keine Alcoholica

mehr vertragen konnte und nur Wasser zu sich nahm. Nach Beseitigung seiner Erkrankungen soll er den Anforderungen seines Berufes wieder in vollem Maasse haben Rechnung tragen können. Die mechanischen Störungen sind denen ähnlich, die wir bei obstruirenden Läsionen der Nase, wie hypertrophischer Rhinitis, ausgesprochener Septumdeviation, Polypen, beobachten und bestehen in behinderter Nasenathmung mit ihren Folgezuständen, auf die hier wohl nicht näher einzugehen nöthig ist. Es muss jedoch erwähnt werden, dass Geruchsperceptionen manchmal nicht bloss ganz aufgehoben sind, sondern dass auch perverse Geruchsempfindungen, oft widerlicher Art, vorkommen, dass also Kakosmie besteht.

Dass Patienten über Halsbeschwerden klagen, ist nach dem Gesagten leicht erklärlich, doch wird nicht zu selten auch der Magen mit afficirt, wenn der Eiter nachts durch die Choanen in denselben gelangt, und beschreibt Avellis einen Fall eines Kieferhöhlenempyems, das er ganz zufällig als ein reines Magenleiden in Behandlung bekam.

Von den objectiven Symptomen ist das Vorkommen von Eiter in der Nase das constanteste. Dasselbe kann intermittirend oder continuirlich sein, ist in der Regel einseitig wegen der häufiger beobachteten einseitigen Erkrankung der Höhlen, doppelseitig natürlich bei Affection der Sinuse beider Nasenhöhlen, aber manchmal auch bei einseitiger Erkrankung, wenn der Eiter durch die andere Choane Eintritt findet. Intermittirend ist der Eiterabfluss, wenn entweder der Ausführungsgang des Sinus temporär verlegt ist, oder wenn er sich bei überfüllter Höhle einen Ausweg bahnt. In vielen Fällen ist es desshalb zu empfehlen, Lageveränderungen des Kopfes nach vorn, unten oder nach der Seite vornehmen zu lassen, um den Eiter erscheinen zu sehen. Manchmal machen Patienten selbst die Beobachtung, dass z. B. beim Neigen des Kopfes Eiter aus der Nase fliesst, und ist damit die Diagnose einer Nebenhöhlenerkrankung gemacht. Denn bei Beurtheilung dieser Zustände ist immer im Auge zu behalten, dass chronische Eiterproduction in der Nase, ausser bei infectiösen, dyskrasischen Processen, Fremdkörpern und dergleichen fast nur bei Nebenhöhlenerkrankungen beobachtet wird.

Von grosser Wichtigkeit ist die Stelle, an welcher der Eiter zu Tage tritt, und werde ich darauf bei Besprechung der Diagnose zurückkommen.

Andere Symptome werden durch die geschlossenen Empyeme veranlasst, die allerdings seltener zur Beobachtung kommen. Die Schmerzen besonders bei Stirnhöhlenempyem sind heftiger und die Erscheinungen und Folgezustände von grösserer Tragweite. Während wir jetzt verschiedene Anhaltspunkte zur Diagnose einer Kieferhöhleneiterung haben, wurde vor wenig mehr als einer Decade eine solche bloss diagnosticirt, wenn eine Auftreibung des Gesichtes an der entsprechenden Stelle stattfand, wenn die innere oder vordere Wand hervorgewölbt war. Auch gegen den Gaumen oder die Nase zu können solche Empyeme Auftreibung hervorbringen. Bei Stirnhöhlenempyem tritt oft eine Erweichung des Knochens auf und die Geschwulst zeigt sich am inneren Augenwinkel. Bei Empyem der Siebbeinzellen beobachtet man Verdrängung des Auges nach aussen, unten, Exophthalmus, Diplopie, und werden desshalb diese letzten beiden Affectionen häufig von Augenärzten gesehen. Manchmal brechen diese Empyeme auch nach aussen durch und es bilden sich Abscesse. Die Erkrankungen der beiden letztgenannten Sinuse sind wegen der Wichtigkeit der benachbarten Theile von um so grösserer Bedeutung, und sind schon eine Anzahl von Todesfällen infolge von Uebergreifen des Processes auf die Schädelhöhle, von Gehirnabscessen etc. berichtet worden.

D i a g n o s e. Die Anamnese wird uns in den meisten Fällen Aufschluss geben, welche Seite erkrankt ist, da beiderseitige Erkrankungen seltener sind, und in diesen die Beschwerden in beiden Nasenhöhlen empfunden werden. Bei einer Inspection des Gesichtes werden wir auf allenfallsige Schwellungen, Oedeme, Infiltrationen der Haut unser Augenmerk richten, bei Verdacht auf Affection des sinus frontalis auf dessen vordere Wand einen Druck ausüben und dieselbe beklopfen, eine neuerdings wieder vielfach betonte Manipulation. Wenn hierbei grössere Empfindlichkeit zu Tage tritt, der Kopfschmerz sich steigert, was eine Folge der entzündlichen Verdickung des Periostes ist, so kann fast sicher auf Ergriffen-

sein des Sinus frontalis geschlossen werden. Dann folgt Besichtigung der Mundhöhle, besonders der Zähne, und Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraumes, an welche sich am besten die Durchleuchtung anschliesst. Obwohl der Werth derselben vielfach überschätzt worden ist, soll sie doch niemals unterlassen werden, weil ein positives Ergebniss die Diagnose wesentlich bekräftigt, und deren Anwendung nur einen geringen Zeitaufwand erheischt. Da dieselbe, so viel ich weiss, hier schon demonstrirt worden ist, will ich auf sie nicht länger eingehen, und nur darauf aufmerksam machen, die möglichen Fehlerquellen nicht ausser Acht zu lassen. Um nur einige anzuführen, so kann z. B. so wenig Eiter in der Kieferhöhle sich befinden, dass beide Gesichtshälften gleichmässig durchleuchtet erscheinen. Andererseits kann infolge von Wachsthumsanomalien die sonst intacte Höhle so klein sein, dass sie bei Durchleuchtung dunkel erscheint. Dasselbe Ergebniss werden wir bei den nicht so seltenen Tumoren der Kieferhöhle ohne Eiterretention beobachten. Weniger zuverlässige Resultate hat, wenigstens in meinen Händen, die Durchleuchtung der Stirnhöhlen ergeben.

Das wichtigste und constanteste Symptom aller Nebenhöhlenerkrankungen ist das Vorhandensein von Eiter in der Nase, und erscheint er bei Affection der Kiefer- und Stirnhöhlen und der vorderen Siebbeinzellen im Hiatus semilunaris im mittlern Nasengang an der äusseren Fläche der mittleren Muschel, oft auch nach unten fliessend und die untere Muschel bedeckend. Die drei erwähnten Höhlen haben nämlich daselbst ihre Ausführungsgänge, und zwar der Sinus frontalis vorne, fast senkrecht nach oben steigend, dann die vorderen Siebbeinzellen, und nach hinten zu die Kieferhöhle. Bei Ergriffensein der Keilbeinhöhle und hinteren Siebbeinzellen kommt der Eiter entweder am hinteren Ende der mittleren Muschel und dem Septum in den Choanen zum Vorschein, oder er drängt sich zwischen Septum und mittlerer Muschel nach vorne durch und ist leicht durch das Nasenspeculum zu sehen. Von diesem Befunde giebt es aber mannigfaltige Abweichungen, denen bei Beurtheilung des Falles Rechnung zu tragen ist. So kann z. B. bei Erkrankung des Sinus frontalis der Eiter seinen Weg durch die untere Wand finden oder

auch durch eine accessorische Oeffnung zwischen Septum und mittlerer Muschel erscheinen, ebenso kann der Eiter aus der Kieferhöhle durch eine Hypertrophie der mittleren Muschel veranlasst werden, nach hinten abzufliessen und in den Choanen zum Vorschein kommen, endlich kann die ganze Nase so mit Eiter und Borken ausgefüllt sein, dass erst eine längere Beobachtung über den Ausgangspunkt der Eiterung Aufschluss geben kann. Dasselbe findet statt bei gleichzeitiger Erkrankung mehrerer Nebenhöhlen.

Nach Constatirung der Eitersecretion soll nie unterlassen werden, den Versuch einer Sondirung der Ausführungsgänge der verschiedenen Sinuse zu machen, wenngleich dieses Verfahren in der Mehrzahl der Fälle sehr schwierig und bei weitem nicht immer erfolgreich ist. Man kann dann den Eiter aus den Ausführungsgängen hervorquellen sehen, cariöse Stellen entdecken und sich auch manchmal über den Zustand des Sinus selbst informiren. Am häufigsten gelingt die Sondirung der Kieferhöhle, welcher, wenn erfolgreich, eine Probeausspülung folgen kann; schwieriger ist die der Stirnhöhle, oft erst nach Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel möglich. Die Distanz des Sinus frontalis vom Naseneingang beträgt 7 bis 8 cm. Ich zeige Ihnen einige der gebräuchlicheren Instrumente für diese Zwecke, welche, mit der Bezeichnung ihrer Bestimmung auf den beigefügten Karten versehen, ohne weitere Bemerkungen verständlich sind. Nahezu unmöglich ist die Sondirung der Siebbeinzellen von den natürlichen Oeffnungen aus, wenn nöthig durchstösst man besser mit einer starren geraden Sonde die obere Wand des mittleren Nasenganges oder tastet sorgfältig die mittlere Muschel ab, um Hohlräume oder Caries zu entdecken. Zur Keilbeinhöhle gelangt man am besten durch Einführen der Sonde zwischen Septum und mittlerer Muschel. Die Sonde wird etwas oberhalb des unteren Endes der Muschel eingeführt und nach hinten und leicht nach oben geschoben. Ist sie bei Männern nicht weniger wie 8, bei Frauen bis zu 7 cm. eingedrungen, so kann man annehmen, dass sie in der Keilbeinhöhle sich befindet.

In der Regel werden sich aus dem bisher Angeführten genügend Anhaltspunkte ergeben, die Diagnose des erkrankten

Sinus zu machen und zu dessen Eröffnung zu berechtigen. So werden wir z. B., wenn bei Durchleuchtung eine Gesichtshälfte dunkler erscheint, wenn cariöse Zähne vorhanden sind, bei Eiter im mittleren Meatus zunächst die Kieferhöhle in Angriff nehmen. Bei Siebbeinzellenerkrankung ist ferner der Befund der mittleren Muschel von grosser diagnostischer Bedeutung. Dieselbe kann vergrössert sein, weiche Hypertrophie der Mucosa zeigen, sie kann blasig aufgetrieben sein, dann den mittleren Nasengang fast ausfüllend, ihre Oberfläche kann glatt oder faltig erscheinen. Letzteres besonders, wenn sich Schleimpolypen in der Nase vorfinden, und es ist nicht zu leugnen, dass, wenn, wie es vorkommt, die ganze Muschel anscheinend mit Polypen durchsetzt ist, dieselben von den Siebbeinzellen ausgehen, und eine gründliche Reinigung der letzteren zum definitiven Verschwinden der Polypen erforderlich ist. Manche Autoren sind sogar so weit gegangen, das Auftreten aller Polypen in der Nase von Siebbeinzellenerkrankung abhängig zu machen, eine Ansicht, zu der ich mich aber nicht bekehren kann, da wir viele solche Fälle heilen können, ohne die Siebbeinzellen zu attakiren, was aber nicht möglich wäre, wenn die Polypen immer von den letzteren ihren Ausgangspunkt nehmen würden.

Auf die Beurtheilung der schwierigen Fälle will ich hier nicht näher eingehen, und nur zwei Beispiele anführen. So kommen Siebbeinerkrankungen mit völlig normal aussehender mittlerer Muschel vor, was natürlich die Diagnose wesentlich erschwert. Ferner sind Fälle beobachtet worden, in denen der Sinus frontalis direct in den maxillaris drainirte, so dass nach Eröffnung und Ausheilung des letztern immer wieder Eiter in demselben vorgefunden wurde, bis die abnorme Communication zwischen beiden aufgefunden wurde.

Ueber die P r o g n o s e kann ich mich kurz fassen. Obwohl in acuten Fällen manchmal wenige Ausspülungen Heilung erzielen — und ist mir dies bei einem Patienten mit Kieferhöhlenaffection mit nur einer Auspülung diesen Winter gelungen, — so gehört dies doch zu den Ausnahmen, und bedürfen besonders alle chronischen Fälle — und diese bilden bei weitem die Mehrzahl — eine längere Behandlung, oft über Monate, ja 1 bis 2 Jahre sich erstreckend. Die Prognose ist im allge-

meinen günstig. Dass manchmal bedrohliche Erscheinungen, ja Tod, infolge von Siebbein-, Stirnhöhlen- und Keilbeinhöhlenerkrankung eintreten kann, habe ich schon Eingangs erwähnt.

B e h a n d l u n g. Haben wir genügende Gründe, einen Sinus für erkrankt zu halten, so werden wir natürlich diesen zunächst in Angriff nehmen. Können wir uns aber nicht über den Ort der Erkrankung entscheiden, so habe ich es für das Beste befunden, der von Moritz Schmidt in seinem vortrefflichen Lehrbuch angegebenen Methode zu folgen, nach der successive ein Sinus nach dem andern eröffnet wird, und die uns zugleich den Weg zeigt, wie wir die verschiedenen Höhlen zu eröffnen und zu behandeln haben. Ich werde dessen Darstellung im allgemeinen hier folgen, bei der Fülle des Materials und wegen der mir vorgeschriebenen Zeit nur die Eingriffe näher beschreiben, welche von Jedermann, der gut rhinoskopiren kann und die nöthigen Instrumente besitzt. ausgeführt werden können. Die schwierigeren und eingreifenderen Operationen werden nur kurz erwähnt werden, da dieselben ein grösseres Instrumentarium erfordern und vollständiges Vertrautsein mit den Affectionen dieser Theile voraussetzen.

Bei Besprechung der Diagnose wurde bereits der Ausspülungen der Kieferhöhle durch den natürlichen Ausführungsgang gedacht. Wenn diese nicht gelingt, wird es nicht zu schwer fallen, mit der von Moritz Schmidt angegebenen Canule den unteren Nasengang zu perforiren und auf diese Weise in die Höhle zu gelangen. Nur muss die Spitze weiter nach hinten eingeführt werden, als man geneigt ist zu thun, da man erst ungefähr in der Mitte der unteren Muschel in den Sinus geräth und daselbst, besonders wenn etwas nach oben eingestochen wird, die Knochenwand dünner ist. Die Spitze der Canule befindet sich dann im oberen Theil der Höhle und wenn dieselbe nicht ganz mit Eiter gefüllt ist, wird sich beim Zurückziehen des Stempels kein Eiter zeigen. Spritzt man dann mehrere Male aseptische, z. B. halbprocentige Carbolsäurelösung ein, und zieht den Stempel öfters hin und her, so erhält man bei Vorhandensein von Eiter Trübung des Spülwassers. Zur Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren

Nasengang aus sind auch stärkere Trokare empfohlen worden, und zeige ich Ihnen den Trokar von Miculicz und das Etui nach Krause, welches ausser Trokar, Pulverbläser auch eine Canule für die Stirnhöhle enthält. Mittelst der durch diese grössere Trokare angelegten Oeffnung kann der Sinus auch durch Irrigationen, Pulvereinblasungen permanent behandelt werden.

Da aber die geschaffene Oeffnung eine grosse Neigung hat, sich zu contrahiren, der Patient sich selbst auch nicht ausspülen kann, die oft nöthige gründliche Cürettirung des Sinus fast unmöglich ist, hat diese Operation sich nicht sehr grosser Beliebtheit zu erfreuen, und wird desshalb, besonders bei hartnäckigen chronischen Fällen, die Eröffnung vom Alveolarfortsatz oder der Fossa canina vorgezogen, wobei man den unteren Theil des Sinus trifft und dadurch die Drainage wesentlich erleichtert. In der Regel wird die Gegend des zweiten Backenzahnes zur Eröffnung des Sinus gewählt, und kann dieselbe mittelst eines Handtrocar oder eines solchen durch Motor getriebenen gemacht werden. Ist kein Zahn cariös und will man keinen gesunden Zahn opfern, oder eine grössere Oeffnung anlegen, so geht man durch die fossa canina ein, indem man die emporgehobene Schleimhautfalte durchtrennt, und dann oberhalb der Alveole die vordere Wand der Kieferhöhle wegmeiselt. Man kann hierdurch eine beliebig grosse Oeffnung schaffen, die geschwollene, entartete Schleimhaut gründlich cürettiren, die Höhle sogar, wenn wünschenswerth, mit dem Finger exploriren, bestehende Narbenstränge durchbrechen, auch sich überzeugen ob, wie es in einigen Fällen beobachtet wurde, die Kieferhöhle durch eine Scheidewand in zwei getrennte Höhlen abgetheilt ist. Diese Operation ist eingreifender als die Eröffnung vom Alveolarfortsatz aus und wird letztere für die Mehrzahl der Fälle genügen. Einführung von Jodoformgaze, abwechselnd mit Irrigationen, die der Patient bald selbst lernt vorzunehmen, Pulvereinblasungen von Dermatol, Jodoform, Jodol bilden die Nachbehandlung. Das Tragen eines Obturators, wenn vom Alveolus aus operirt wurde, ist unerlässlich.

Hat man keine Veranlassung, die Kieferhöhle für erkrankt zu halten, oder hat man durch eine Explorativpunc-

tion dieselbe gesund befunden und findet sich Eiter im mittleren Nasengang, so hat man sich für Eröffnung der Stirnhöhle oder der Siebbeinzellen zu entscheiden. In der Regel wird man sich aus dem bei der Diagnose Erwähnten: dem Befunde und Aussehen der mittleren Muschel, deren Abtastung mit der Sonde einerseits, der Schmerzhaftigkeit der Stirngegend bei Druck, der, wenn nöthig, mit vorhergehender Entfernung des vorderen Theils der mittleren Muschel ermöglichten Sondirung der Stirnhöhle andererseits, eine Meinung bilden können. Sollte man aber trotzdem im Ungewissen bleiben, so würde ich vorziehen, zuerst die Siebbeinzellen zu eröffnen, und befinde ich mich in diesem Punkte im Einklang mit meinen amerikanischen Collegen, die wir eine grössere Frequenz der Erkrankungen der letzteren beobachten. Auf dem Continent scheinen die Collegen auf Stirnhöhlenerkrankungen mehr Gewicht zu legen, dieselben häufiger zu beobachten. Ob dieses Verhältniss auf wirklichen Thatsachen basirt, ob vielleicht hier die Stirnhöhle weniger in Betracht gezogen wird, wage ich nicht zu entscheiden. Doch bei dem grossen Eifer, mit dem unsere Collegen sich auf Nebenhöhlenerkrankungen geworfen haben, ist letzteres wohl kaum anzunehmen; vielleicht hängt die grössere Häufigkeit der Siebbeinerkrankungen mit der grösseren Frequenz unserer intranasalen Erkrankungen zusammen, die ja auch das Bonmot „Amerikanischer Catarrh" veranlasst haben.

Die Siebbeinzellen werden eröffnet, indem man etwa vorhandene Hypertrophien, Polypen an der mittleren Muschel entfernt, mit dem Conchotom deren vorderen Theil abträgt, und dann mit geeigneten Curetten die oft sehr maschenreichen Zellenräume gründlich säubert. Von den vielen Conchotomen, Curetten zeige ich Ihnen bloss einige Exemplare und ein Etui nach Grünwald, das wohl so ziemlich alles für unseren Zweck Nöthige enthält. Die Curettage muss in vielen Fällen wiederholt werden, doch ist die Reaction und das Resultat des ersten Eingriffes abzuwarten, bevor ein zweiter vorgenommen wird. Ich will hier nur beiläufig erwähnen, dass von Collegen, die mit der Localität vollständig vertraut sind, die Eröffnung der Zellen mittelst Trepankronen, lediglich durch den Tactsinn geleitet, vorgenommen wird. Die weitere Be-

handlung erfordert häufige Ausspülungen, Pulvereinblasungen, Aetzmittel, wie Chromsäure, Dreichloressigsäure, auch habe ich von energischem Austupfen mit starker Höllensteinlösung, z. B. von 8 bis 12 Procent, gute Resultate gehabt. In dieser Weise habe ich mehrere Fälle von recht lästigen Siebbeinerkrankungen in 1 bis 2 Monaten zur Heilung gebracht.

Ist man mit oder ohne Abtragung des vorderen Theils der mittleren Muschel im Stande gewesen, eine Sondirung der Stirnhöhle vorzunehmen und sieht man Eiter neben der Sonde hervorquellen, so herrscht über ihre Erkrankung kein Zweifel. Man kann dann versuchen, durch Ausspülungen, Injectionen von Adstringentien, auch durch Trockenbehandlung den Sinus zur Ausheilung zu bringen. Da aber eine intranasale Behandlung derselben nahezu aussichtslos ist, wie auch wieder Schlech in einer neuesten Publication betont, so ist, wenn obige Methoden im Stiche lassen oder die Sondirung nicht gelungen ist, der Sinus chirurgisch von aussen zu eröffnen, und kann man dann zwischen verschiedenen Methoden wählen. Am zweckmässigsten und am wenigsten entstellend ist die Schnittführung durch die abrasirten Augenbrauen mit folgender Aufmeiselung des Sinus in beliebiger, je nach dem Fall erforderlicher Ausdehnung. Hier ist nach Curettiren der Schleimhaut Tamponade mit Jodoformgaze am Platze, und erfolgt die Heilung in 2 bis 3 Monaten, oft noch früher. Wünschenswerth ist es, den Ausführungsgang nach der Nase hin aufzusuchen und nöthigenfalls zu erweitern.

Die Keilbeinhöhle wird in ähnlicher Weise eröffnet, wie ihre Sondirung vorgenommen wird, welche ich schon beschrieben habe. Oft muss ihr Abtragung von Theilen der mittleren Muschel vorhergehen. Da die vordere Wand der Höhle bei den chronischen Processen in der Regel in Mitleidenschaft gezogen, brüchig, usurirt ist, wird dieselbe ohne grossen Kraftaufwand durchstossen, und hat man das Gefühl, dass das entferntere Ende der Sonde sich in einem Hohlraum befindet und beweglich ist. Ich habe bei dieser Procedur nie die Schwierigkeiten erfahren, auch nicht die so grosse Gefährlichkeit der chronischen Affectionen der Keilbeinhöhlen beobachtet, wie von manchem unserer Collegen behauptet wird,

aber durchschnittlich eine längere Zeit zur Behandlung benöthigt, wie bei den anderen Sinuserkrankungen. Die Behandlung wird nach den oben dargelegten Principien geleitet.

Meine Herren! Ich habe versucht, dieses verwickelte, auch für den sich damit näher Beschäftigenden schwierige Thema in kurzen Umrissen Ihnen so klarzulegen, wie dies meine Kenntnisse mir ermöglichten und die für einen solchen Gegenstand knapp zugemessene Zeit mir erlaubten. Vieles Interessante ist unerwähnt geblieben, vieles nur angedeutet worden. So berührte ich gar nicht das Verhältniss von Ozoena und Nebenhöhlenerkrankungen, die Tumoren, Fremdkörper, Parasiten, den Augenbefund, der uns manchmal wichtige Fingerzeige giebt, nicht eine grosse Zahl verschiedener Operationsmethoden. Ein Thema über welches ganze Bücher geschrieben wurden, über dessen einzelne Abschnitte zahlreiche und voluminöse Abhandlungen erschienen sind, lässt sich nicht in einem kurzen Vortrag erschöpfend behandeln. Der Zweck meines Vortrages war, wie Eingangs erwähnt, Ihre Aufmerksamkeit auf diese Erkrankungen zu lenken, und wenn Ihnen dadurch ermöglicht wird, dieselben leichter zu erkennen und zu behandeln und sich Ihren Patienten nützlich zu erweisen, so ist meine Absicht erreicht.

Historisches über Griechisch, die vorgeschlagene internationale Sprache der Aerzte.

Von Dr. ACHILLES ROSE.

(Fortsetzung und Schluss.)

Eine Unterbrechung der griechischen Cultur, des Gebrauches der reinen, schönen, literarischen Sprache, hat niemals in Griechenland stattgefunden, weder nach der fränkischen Eroberung, im Jahr 1204, noch nach der türkischen, im Jahr 1853. Das Attische, die classische Sprache, wurde sozusagen transfigurirt, ihre Formen, Worte, Constructionen, Ausdrücke, Orthographie, wurden als etwas Heiliges, als etwas, welches allein Recht hatte zu bestehen, angesehen.

Es ist leicht ersichtlich für Jedermann, dass die hier erwähnten Zustände ungünstig sein mussten für die Entstehung einer neuen literarischen Sprache, und einer neuen Nationalliteratur. Es blieb auf der einen Seite die veraltete literarische Sprache, auf der anderen die frei entwickelte Volkssprache, die Dialekte. Weder die eine noch die andere konnte allen Anforderungen entsprechen.

Seit dem 11. Jahrhundert machte sich die Nothwendigkeit fühlbar, die erstere, die literarische Sprache, den Zeitbedürfnissen entsprechend zu ergänzen. Die Annahme einer modernen Phase, welche besser verständlich, wurde vorgeschlagen.

Da kamen die fränkischen Abenteurer, welche Constantinopel eroberten, Griechenland unter sich theilten, und grosses Elend der ganzen griechischen Welt brachten. Während die politischen Zustände sich mehr und mehr verschlimmerten, fehlte es an Nationalgefühl, der ersten Bedingung einer Nationalliteratur. Es blieb wie es war; die Schätze der classischen Literatur und die Kirche waren die einzigen Glieder einer Kette, welche alle Griechen zusammenhielten.

Nichts ist mächtiger gewesen, als der Einfluss der Kirche, die alte griechische Sprache zu erhalten. In der tiefen Nacht, die das Land während der türkischen Herrschaft bedeckte, blieben von den Eroberern unbeachtet, zwei Punkte von den hinscheidenden Strahlen der Freiheit noch schwach um-

leuchtet: die K i r c h e, welcher der neue Herrscher aus politischen Rücksichten einige Vorrechte zuerkannte, und die hohen, unzugänglichen B e r g e des alten Hellas, wo die Tapfersten sich der Knechtschaft zu entziehen suchten.

Alle Griechen, mehr als hundert Mal im Jahr, hörten, stundenlang jedesmal, die schöne alte griechische Sprache in ihrer Kirche, und hauptsächlich dadurch wurde die Kenntniss des alten Griechisch durch alle Jahrhunderte auch unter den Geringsten des Volkes erhalten. Auch Solche, die weder lesen noch schreiben konnten, verstanden die Messe, die Predigt, kurz Alles, was sie in der Kirche hörten. Man sah sie in alten Zeiten in Gruppen zusammen stehen, und aufmerksam auf die Erklärungen der schwierigen Worte und Ausdrücke hören, die ihnen einer in ihrer Mitte gab, welcher einen gewissen Grad von Bildung im Kloster oder sonst wo erworben hatte.

Man hat andererseits auch behauptet, dass gerade das Bestehen der orthodoxen Kirche die Ursache gewesen, warum lebendiges Griechisch für eine neue Sprache ausgegeben worden.

Die Byzantiner und die von ihnen abhängigen Völker waren in Folge kirchlicher und politischer Ereignisse getrennt von den west-europäischen Nationen. Thatsache ist, dass die Byzantiner und ihre Nachkommen selbst heute noch sich nicht als zu Europa gehörend betrachten. Dies ist aus jeder Zeitung von heute, aus alltäglicher Unterhaltung noch heute ersichtlich. Griechen sprechen von Deutschen, Franzosen, Engländern im Gegensatz von sich selbst als von Europäern.

Die orthodoxe Kirche bildet eine Welt für sich selbst, es ist ein Complex von Nationen und Staaten, einige davon halb civilisirt, welche zwischen dem civilisirten Europa und dem barbarischen Asien sich befinden. Diese vielgestaltige Zusammensetzung von Nationen, welche in der Vergangenheit ein Damm gegen asiatischen Barbarismus gewesen, scheint für die Zukunft bestimmt zu sein, Civilisation von Europa nach Asien zu bringen

In Folge der Trennung der abendländischen von der morgenländischen Kirche, das ist, in die orthodoxe und die römisch-katholische, ist das Studium der Geschichte Griechen-

lands während der byzantinischen Zeit, in den Schulen des westlichen Europa vernachlässigt worden. Die Feindschaft gegen die orthodoxe Kirche dehnte sich auf die Griechen und auf die lebende griechische Sprache aus. So sehen wir, dass die Kirche einerseits half, die altgriechische Sprache zu erhalten, andererseits indirect die Ursache war, dass lebendes Griechisch verurtheilt, verachtet, verleumdet wurde. Die Welt ist voll von Unrecht und Elend in Folge religiöser Entzweiungen.

Die verschiedenen Theile Griechenlands sind weit von einander getrennt, geschieden durch Meer und Gebirge, und durch zwischenwohnende fremde Nationen. Diese Eigenthümlichkeit, dass Griechen entfernt von Griechen lebten, trat besonders zu Tage, als die Provinzen des byzantinischen Reiches erobert wurden. Es war dieser Umstand eine weitere Ursache, wesshalb sich eine gemeinschaftliche Volkssprache nicht entwickeln und ausbreiten konnte. Eine neue Nationalsprache, die von allen Griechen verstanden wurde, bestand nicht. Es gab nur die vielen Dialekte der verschiedenen Provinzen und so finden wir in Bezug auf eine eigentliche Volkssprache einerseits Polyglossie, andererseits Aglossie. Die Sprache, an welcher alle Griechen festhielten, war die jungfräuliche unsterbliche alte griechische.

Es ist wahr, in Cypern und in Creta wurden eine Zeit lang Versuche gemacht, zeitgenössische Sprache zu schreiben, aber vergeblich. Jene Schriftsteller in dem politisch und geograpisch zerrissenen Griechenland schrieben den Dialekt ihrer besonderen Provinzen. Diese Dialekte waren zu sehr mit localen Formen und Ausdrücken vermischt, als dass die Mehrzahl der Griechen sie hätte verstehen können, und so verfehlten diese Schriften, den Grund zu einer neuen literarischen Sprache der ganzen Nation zu legen. Ausserdem waren diese Schriften gehaltlos; sie verriethen weder Nationalgeist noch National-Charakter. Es waren armselige Nachahmungen schwacher fremder Originale. Die Schwierigkeit, die zeitgenössische Sprache von Cypern und Creta zur Würde einer Nationalsprache zu erheben, wurde eine Unmöglichkeit mit der Eroberung dieser Inseln.

Die Türkenherrschaft brachte, mit manchen anderen Uebeln, viel Unwissenheit. Diese Unwissenheit, sollte man annehmen, könnte veranlasst haben, dass man die alte Sprache aufgegeben. In der That wurde die vulgäre Sprache während dieser entsetzlichen Periode gesprochen, und Versuche wurden gemacht, sie in der Literatur zu gebrauchen, aber mehr denn je vergebens. Die römisch-katholischen Priester, um unter den Griechen Propaganda zu machen, bedienten sich der Volkssprache, und Mönche dieser Kirche übersetzten die Liturgie in das Volksidiom; einige dieser Uebersetzungen waren selbst in lateinischen Buchstaben gedruckt. Dieselbe Sprache gebrauchten sie in der Kirche. Die Griechen haben immer eine gewisse Abneigung gegen die Volkssprache gehabt, und sie sind immer besonders vorsichtig gewesen, sie nicht zu gebrauchen, wenn sie von heiligen Dingen sprachen. In einigen Fällen war es die Kirche, welche gewisse Constructionen und besondere Bedeutungen von Worten veranlasste. Einige solcher Worte erhielten eine Weihe, wenn man so sagen darf, und die Volkssprache, um diese Worte nicht für profane Bezeichnungen gebrauchen zu müssen, war genöthigt, entsprechende andere zu wählen. Ein Grieche wird z. B. von Brod und Wein, das am Altar gebraucht wird, nie *ψωμί* und *κρασί* sagen, wenn er von der heiligen Jungfrau spricht wird er nie die Worte *κορίτσι* oder *κορασιά* nennen, sondern nur das Wort *παρθένος*. Zur Verachtung gegen die vulgäre Sprache kam noch, dass sie von Männern gesprochen, und schlecht gesprochen wurde, die an und für sich den orthodoxen Griechen verhasst waren.

Zur Zeit als die Türken Creta eroberten und ganz Griechenland unter ihrer Gewalt hatten, begannen die Griechen, an der Wiedererlangung ihrer Freiheit und Unabhängigkeit zu arbeiten. Aus dieser Zeit stammen die schönsten Blüthen der Volkspoesie.

In den Schluchten des Pindus, des Olymps, der Aroanien im Pelopones wussten die unerschrockenen Männer, welche die Bezeichnung Klephten (Räuber) zu einem Ehrennamen erhoben, mit den Waffen in der Hand und in unaufhörlichen Kämpfen ihre rauhe Unabhängigkeit zu bewahren, und das stolze Gefühl, das sie aus ihr schöpften, sprach sich durch die in

ihrer freien Atmosphäre nicht unterdrückte poetische Stimmung aus. Dieser Stimmung entsprangen die Klephtenlieder. Einfach und kunstlos sind sie erhaben wie die Gipfel der Berge, welchen sie entsprossen, von natürlicher Sshönheit wie die dort wild erblühenden Blumen. Goethe hat einige in meisterhaften Uebersetzungen in die deutsche Literatur eingeführt, Wilhelm Müller und andere haben ihnen nachgedichtet. Immer bezeugen sie die plastische Fähigkeit des griechischen Geistes. Sie sind noch heute die wahren Volkslieder aller Griechen.

Ein Factor zu Gunsten der Erhaltung der reinen literarischen Sprache während der Türkenherrschaft war, dass in allen griechischen Colonien, überall wo Griechen lebten, zahlreiche griechische Schulen bestanden, und die altgriechischen Classiker und neugriechischen Bücher gedruckt wurden. Dies unterhielt überall einen mächtigen Enthusiasmus für die classische Literatur.

Die Griechen begeisterten sich durch die Gedanken an den Ruhm von Athen und Sparta. Die starke alte griechische Liebe für Freiheit und Unabhängigkeit entwickelte sich, und hielt durch beinahe vier Jahrhunderte die Herzen aller Griechen entzündet und gipfelte in den Heldenthaten des mächtigen Befreiungskrieges.

Es konnte nicht anders sein, als dass dieses vereinigte Volk, obwohl vereinigt unter türkischem Joch, eine gemeinsame Sprache haben musste. Eine Partei, in ihrer grenzenlosen Liebe für alles, das zu Alt-Hellas gehörte, wollte die Sprache, in der die Geschichte der alten Heldenthaten, der alten Liebe für Freiheit übermittelt worden war; eine andere Partei dachte, dass dies eine Unmöglichkeit sei, und wollte eine moderne Sprache, frei von Archäismen, als das beste Organ, das Volk zu erziehen und zu belehren. Diese verschiedenen Ansichten haben zu einem heftigen Sprachenkampf geführt.

Der Kampf hat lange gedauert und ist mit viel Eifer und Bitterkeit geführt worden, aber er ist zu Ende gekommen. Die eine Partei siegte nicht, weil sie gegen den Zeitgeist ankämpfte, welcher keine Trennung der Nachkommen von den Vorfahren zugeben wollte, und weil die Sprache mit einer Literatur in Dialekten, die nicht alle verstanden, nicht als die

allgemeine Sprache annehmbar sein konnte. Die andere Partei siegte nicht, weil der Archäismus, den sie wollte, für die Masse des Volkes nicht verständlich genug war. In letzter Beziehung braucht man sich nur vorzustellen, wie unmöglich es sein würde, dem deutschen Volk die Kunstsprache seiner Philosophen und Dichter, z. B. Kant's oder Schiller's, zumuthen zu wollen.

Da keine der extremen Richtungen Erfolg hatte, da weder die schrifliche noch die mündliche Ueberlieferung gelingen konnte, so wurde ein Mittelweg gefunden und angenommen, beide Formen wurden vereinigt, die eine die andere ergänzend, eine Mischung von alten und neuen Elementen hergestellt. Dieser Vorgang war durchaus nichts Neues bei den Griechen, er war von der Geschichte selbst vorgezeichnet. Solche Zugeständnisse finden sich in den classischen Dichtern, sie finden sich namentlich auch in der Prosa Xenophons. Immer aber wurde den neuen Elementen die alte Form gegeben, und neue Elemente wurden nur zugelassen, wenn die Nothwendigkeit es erheischte. Während der Zeit der Atticisten sowohl als auch während der Zeit der Byzantiner und von da an bis auf den heutigen Tag wurden und werden immer die alten Elemente als schön und edel, die neuen jedoch als hässlich und verletzend angesehen. Die neuen Elemente wurden zum Zweck der Deutlichkeit und Bequemlichkeit eingeführt, die Eleganz suchte man in den alten Worten.

Der gefundene Mittelweg, den die Geschichte vorgeschrieben, vereinigte die Griechen, die getrennt von einander in Gruppen lebten, in der zufriedenstellendsten Weise schon vor dem Befreiungskriege.

Das literarische Griechisch von heute besteht aus drei Elementen:

1. Attischen Worten, Formen und Constructionen, welche nach dem Fall Griechenlands die vereinfachte Sprache, die *κοινή* bildeten, und Elementen, welche in Uebereinstimmung mit den Regeln. und Gesetzen der Sprache sich während der nächsten Jahrhunderte entwickelten.

2. Einigen Worten, Formen und Constructionen, welche zur classischen Zeit sich in den alten Dialekten entwickelt,

welche jedoch von dem Attischen oder der κοινή aufgenommen, einen Theil der κοινή bildeten.

3. Einigen Elementen alter Dialekte, welche nicht mit der κοινή oder durch die κοινή, sondern unabhängig von derselben in die neue literarische griechische Sprache aufgenommen worden sind.

Die Athener auch während der classischen Zeit sprachen keineswegs das reine und schöne Attisch von Plato und Demosthenes, dies kann aus den Schriften dieser beiden selbst und aus Inschriften nachgewiesen werden. Es ist anzunehmen, dass einige Elemente aus den alten Dialekten in das Attische und von da in die κοινή gekommen sind.

Im ersten Jahr des Aufstandes entstand die Nothwendigkeit der Feststellung einer Constitution und der Einsetzung einer Legislatur. Welche Sprache sollte gewählt werden? Die zeitgenössische Volkssprache war unbrauchbar, weil sie so verschiedenartig wie möglich; die Griechen als eine Gesammtheit hätten sie nicht verstehen können, ausserdem war die Volkssprache arm und unfähig, Ideen auszudrücken. Die Mehrzahl der Männer, welche die Delegationen bildeten, waren nicht Lehrer oder Professoren, noch Archäologen, es waren Aerzte, Seeleute, Kaufleute, Priester, Soldaten, und sie waren an eine Mischsprache gewöhnt, wie sie der Gebrauch zu jener Zeit sanctionirt hatte. Diese Sprache der Constitution und Legislatur war dieselbe, in der die Zeitungen geschrieben, in welcher der Briefwechsel geführt wurde. Es war eine Zeit der Thaten und grosser nationaler Entschlüsse, als diese Sprache officiell angenommen wurde, diese Sprache, welche von der Geschichte vorher bestimmt war.

Als Griechenland seine Freiheit wieder erlangt hatte, nachdem es beinahe 400 Jahre unter türkischem Joch gewesen war, musste eine regelmässige Regierung eingesetzt werden. Ein neues Leben, eine Cultur, von der man keine Idee gehabt, erschien plötzlich den Griechen. Die Sprache musste Schritt halten mit den vielen neuen politischen, wissenschaftlichen, technischen, commerciellen und journalistischen Anforderungen. Eine andere Nation würde sicherlich, unter solchen Umständen einfach mit den fremden Begriffen auch fremde Worte angenommen haben, und so wäre eine theils franzö-

sische, theils italienische, theils hybride Sprache entstanden. Nicht so die Griechen; ihr Nationalstolz bewog sie, fremde Worte auszuschliessen und statt dessen die nöthigen Elemente aus dem alten Griechisch zu nehmen, um neue Bezeichnungen für neue Dinge festzustellen. Dies war ein Riesenwerk. Stephanos Kumanudes hat 30 tausend Worte zusammengestellt, welche während der letzten 100 Jahre geschaffen worden sind. Während des 18. Jahrhunderts nannte man Buchdruckerei mit dem italienischen Wort *Σταμπερία*, dann aber wurde bald aus dem Altgriechischen *Τυπογραφία* geformt und von letzterem eine Menge Combinationen, die man aus *σταμπερία* nicht hätte formen können. In dieser Weise könnte ich viele Beispiele anführen. In Griechenland erinnert man sich überhaupt nicht mehr der vorübergehend gebrauchten Fremdworte.

Griechisch, die neue literarische Sprache, ist immer reicher und homogener geworden seit 1821; sie verändert sich, wie Alles was lebt, fortwährend. Nur was todt ist, wie Lateinisch, verändert sich nicht mehr. Vom Griechischen kann man aber sagen plus ça change, plus c'est la même chose. Constructionen werden beständig nach dem Altgriechischen gemustert und, wenn nöthig, gereinigt. Sobald unrichtige Elemente entdeckt werden, stösst man sie mit mehr und mehr Strenge und Tact aus. Die Griechen besitzen jetzt eine hoch entwickelte Sprache. Das lebende Griechisch ist eine in jeder Beziehung bewundernswerthe Sprache. Sie ist, wie ich schon an anderer Stelle gesagt, der Tugend zu vergleichen; wie die Tugend und nur die Tugend allein Herrin ihrer selbst, und nicht wie die anderen Dinge abhängig von Glückszufällen ist, so ist Griechisch die einzige europäische Sprache, die keiner anderen zu ihrer Ergänzung bedarf; sie ist die allein homogene. Man hat sie die schönste Sprache von Europa genannt, sie ist ohne allen Zweifel die vollkommenste. Wenn man sie mit irgend einer anderen vergleichen will, so kann es nur mit der sein, von der sie entsprungen, und von der sie eine neue Phase ist. Angenommen, es beständen noch einige Unvollkommenheiten, so wären sie nur temporäre. Griechenland hat edle Schriftsteller und wird grosse haben. Die Grösse der griechischen Literatur wird nicht in der Vergan-

genheit allein zu suchen sein; sie wird auch der Zukunft angehören. Die Griechen werden einst keine Ursache haben, ihre Vorfahren zu beneiden.

Durch die Feststellung dieser literarischen Sprache sind bemerkenswerthe Vortheile errungen worden. Alles was heute in Griechisch geschrieben wird, kann leicht von allen denen verstanden werden, die in irgend einem Lande Griechisch in der Schule gelernt haben. Dies könnte nicht der Fall sein, wenn man einen der Dialekte angenommen hätte. Der grösste Vortheil, der wichtigste, ist die grosse Aehnlichkeit, welche zwischen der heutigen literarischen Sprache und dem Altgriechischen in Bezug auf Orthographie und Form besteht. Aus diesem Grunde ist das Altgriechische keine fremde Sprache für die heutigen Griechen.

Wie bedauerlich, wenn es anders wäre, wenn die unsterblichen Schätze der alten Literatur nicht ihre eignen wären. Sie würden es nicht sein, wenn ein anderes System, wenn das lateinische Alphabet angenommen worden, wie man dies während der fränkischen Herrschaft versuchen wollte. Wie bedauerlich würde es sein, wenn die *καθαρισταί* gesiegt hätten, die das Griechische mit dem Lateinischen auf eine Basis stellen wollten, nämlich nur die Worte gelten lassen, die in der altgriechischen Literatur sich fanden. Es muss Jedermann einleuchten, dass nicht alle Worte, die wirklich existirt haben, auch in der Literatur angewandt wurden; ausserdem ist nur ein verhältnissmässig kleiner Theil der altgriechischen Literatur erhalten worden.

Prosa, Wissenschaft, Schule und Presse werden die literarische Sprache aufrecht erhalten, Poesie, besonders komische und Volkspoesie, wird sich der demotischen Sprache bedienen. Dies wird immer sein, wie es im Alterthum gewesen; wie es aus den Chören der attischen Tragödien und der lyrischen Poesie ersichtlich.

Modernes literarisches Griechisch ist, wie die Geschichte zeigt, nur vereinfachtes und vervollständigtes Attisch.

Leitartikel.

Die Tageszeitungen brachten vor wenigen Tagen die Kabelnotiz aus Berlin, dass Professor Dr. Langerhans, Prosector des Moabiter Krankenhauses dortselbst, folgende Erklärung in den Zeitungen veröffentlicht habe:

„Unser herziges Ernstchen starb mitten in blühendster Gesundheit infolge Einspritzung Behring'schen Heilserums."

Ueber die Vorgeschichte und Veranlassung dieser Erklärung wird Folgendes angegeben: Ein an der Diphtherie erkranktes Dienstmädchen der Langerhans'schen Familie wurde in das Hospital überführt. Die Aerzte riethen ein prophylaktisches Impfen des 21 Monate alten Kindes, welches mit dem erkrankten Dienstmädchen stets in Berührung gekommen war, um einer etwaig schon erfolgten Infection entgegen zu arbeiten. Die Impfung erfolgte, und das Kind war nach wenigen Minuten eine Leiche.

Selbst bei weitgehendem (und gewiss berechtigtem) Misstrauen derartigen Zeitungsnotizen gegenüber, muss man doch wohl bei der Gleichförmigkeit derselben Meldung in allen Zeitungen die Richtigkeit der gemeldeten Thatsache annehmen.

Ohne also irgendwie auf späterhin gemeldete ziemlich confus gehaltene Details bezüglich einer Obduction und der dabei gefundenen Verhältnisse, einzugehen, scheint doch sicher die oben angeführte Todesanzeige zu Recht zu bestehen.

Dies gibt entschieden zu schweren Bedenken Anlass.

Man muss wohl zugeben, dass nachgerade von Laien ungefähr genug ungereimtes Zeug zusammengeschrieben worden ist über medicinische Versuche, Entdeckungen und Heilmethoden, in der letzten Zeit soweit, dass häufig das allgemeine Urtheil über Dinge, die allerdings das öffentliche Wohl in essentieller Weise berührten, rettungslos getrübt und unrettbar verworren erscheinen musste. Der bessere, denkende Theil der Aerzte hat mit seinem Urtheil über die letzte derartige weltbewegende Erscheinung, das Behring'sche Heilserum,

zurückgehalten, bis die grossen Hospitäler eine genügende Statistik lieferten, um eine, wenn auch noch nicht völlig definitive, so doch wohl erwogene Ansicht über den Werth der Injectionen entstehen zu lassen. Dies ist heute geschehen und die Methoden nicht nur und der dazu führende Ideengang sind heute anerkannt, sondern auch der praktische Heilwerth. Etwaige Modificationen freilich erscheinen heute noch nicht ausgeschlossen. Dies charakterisirt ungefähr den augenblicklichen Stand dieser Frage.

Wie nun ein Arzt, noch dazu von der Stellung Langerhans', den ja zweifelsohne der unter besonders erschütternden Umständen eingetretene Verlust seines Kindes schwer getroffen hat, sich so weit vergessen kann, eine derartige Mittheilung in den Zeitungen zu machen, ist völlig unerklärlich.

Einstweilen ist es noch kein Staatsgesetz, dass jeder sein Kind mit Diphtherie oder bei Infectionsgefahr mit Antitoxin behandeln lassen muss. Herrn Dr. Langerhans stand es eben so, wie jedem anderen Vater, frei, sein Kind so behandeln zu lassen, wie er es mit seiner Ueberzeugung vereinbaren konnte. Wenn er an die Wirksamkeit oder Unschädlichkeit des Mittels nicht glaubte, hatte er kein moralisches Recht, es zur Anwendung bringen zu lassen.

Angenommen nun, dass das Kind mitten in blühendster Gesundheit infolge Einspritzung Behring'schen Heilserums starb, was bislang durchaus nicht erwiesen erscheint (an die Möglichkeit einer Luftembolie muss immer gedacht werden und andere Zufälligkeiten mehr) so ist dies sicher höchst bedauerlich und niemand wird dem Vater Langerhans sein tiefgefühltes Mitleid versagen können. Aber niemand wird es dem Arzte Langerhans verzeihen können, eine derartige unqualificirbare Anschuldigung der ganzen Welt vorzulegen.

Auch das Kind eines Arztes bedeutet in einer Statistik von Tausenden nur eine Nummer und der Segen, der in Tausenden von anderen Fällen mit dem Mittel nach dem Urtheil der Besonnensten gestiftet worden, wird durch den einen Todesfall nicht beeinflusst.

Langerhans ist ein Schüler Virchow's und steht zu demselben, wenn wir uns recht erinnern, in sonstigen näheren Beziehungen. Dass von dieser Seite aus wieder ein solcher Schlag

gegen die Koch'sche Schule geführt worden ist und von Neuem der Streit vor einem absolut urtheilsunfähigem Richter, dem grossen Publikum, angefacht wird, spricht wahrlich nicht für diese Schule.

Virchow und seine Schule hat in den letzten Jahren nichts Positives geleistet, wohl aber eine Gehässigkeit in den wissenschaftlichen Wettstreit hineingetragen, für die wir ihm kaum dankbar sein können.

Gegen Prof. Langerhans und dessen Handlungsweise uns des weiteren auszulassen, verbietet uns die Achtung vor dem heiligsten Gefühle, dem Schmerze eines Vaters um den Verlust seines geliebten Kindes.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 3. Juni 1895.—Präsident: Dr. Willy Meyer.

(Fortsetzung und Schluss.)

Dr. M. H. Beck: Ich glaube, Dr. Kammerer hat nicht nöthig, uns um Entschuldigung dafür zu bitten, dass er dieses so häufig schon discutirte Thema vorführte. Es scheint mir sogar, dass bei der grossen Wichtigkeit, die diese Frage in Anspruch nimmt, dasselbe gar nicht oft genug erörtert werden kann. Denn wenn wir auch soeben gehört haben, dass diese Operation in technischer Beziehung eine ungewöhnliche Vollkommenheit erlangt hat, speciell durch die rigorosen Bestrebungen hervorragender Chirurgen der Stadt New York, so müssen wir andererseits doch wieder gestehen, dass in Bezug auf Erkenntniss, Prognose und die sonstige Beurtheilung dieser Krankheit doch noch ausserordentlich viele Irrthümer vorkommen. Es erscheinen diese Puncte um so wichtiger, als in letzter Zeit sogar die Laienpresse sich mit denselben in hervorragender Weise beschäftigte, ein bedauernswerthes Interesse besonders darin findend, gerade die dunklen Puncte unserer Appendicitis-Wissenschaft in ein wenig erfreuliches Licht zu setzen.

Wie gesagt, ist die technische Seite der Frage zu ausserordentlicher Vollkommenheit gelangt. Sobald man die Bauchhöhle eröffnet hat, ist die weitere chirurgische Strategie ja ziemlich klar vorgezeichnet. Erweist sich der Appendix gangränös, so ist es nach allgemeinen chirurgischen Grundsätzen ganz natürlich, denselben zu entfernen; das klingt ja selbstverständlich, aber wie so manches andere Axiom, so muss auch dieses cum grano salis genommen werden. Wie bereits angedeutet, wird die Frage zu ventiliren sein, ob das Risiko eines solchen Eingriffs im Verhältniss steht zu dem Werthe des durch ihn erreichten Resultates, ob, mit anderen Worten, der Preis, den wir für die sofortige Entfernung des gangränösen Appendix bezahlen, nicht unter Umständen zu hoch ist. Haben wir, wie es glücklicher Weise in den meisten Fällen vorkommt, Adhäsionen vor uns, also ein richtiges Empyem, so liegt die Sache einfach. Löst sich hier der Appendix aus seinem umgebenden Infiltrat so leicht, dass man keine Zerreissung der schützenden, gegen die Bauchhöhle hin abschliessenden Adhäsionen zu befürchten braucht, so wird man ihn selbstverständlich wegnehmen. Sind die Adhäsionen aber noch dünn und zart — der Krankengeschichte gemäss von kurzem Bestand — und lässt sich der processus anscheinend nur auf Kosten von Zerreissungen lösen, so ist es meiner Meinung nach vorzuziehen, das verdächtige Stück mit Jodoformgaze

zu umgeben, wodurch wir die weitere Infection vorläufig immerhin beschränken können. Es kann dann der Appendix noch in 2 oder 3 Tagen weggenommen werden. Handelt es sich nicht mehr um eine Localerkrankung, sondern ist bereits a. gemeine Peritonitis eingetreten, dann ist die Sache freilich viel schlimmer. Immerhin kann auch in diesem Stadium noch viel geschehen. Durch ausgedehnte und wiederholte Untersuchung, wo möglich unter Anästhesie, mit Finger und Hohlsonde eingehend, werden dann oft Zustände entdeckt, welche bei gewöhnlicher palpatorischer Untersuchung entgangen sind, so z. B. Retentionstaschen, von deren rechtzeitiger Eröffnung noch das an einem Faden hängende Leben abhängen mag. Einführung von Jodoformwicken an vielen Stellen nach Miculicz, oder heroische Massnahmen, wie von Dr. Lange ausgeführt, werden dann in der Nachbehandlung eine Rolle zu spielen haben. Die richtigen Massnahmen in solchen Fällen überhaupt zu finden, wird eben überhaupt mehr oder minder dem chirurgischen Instinct überlassen werden müssen. Ich erinnere mich erst vor Kurzem einen Fall beobachtet zu haben, in welchem unter den ungünstigsten Auspicien eine allgemeine Peritonitis bereits eingesetzt hatte und wo durch die sehr ausgedehnte Freilegung von Taschen und nachfolgender Tamponirung mit Wicken in wenigen Tagen eine überraschende Wendung zum Besseren eintrat. Plötzlich, etwa 10 Tage nach der Operation, erneutes schweres septisches Krankheitsbild. Rücksichtslose Erweiterung der sehr grossen Wundhöhle, Entdeckung eines kleinen Abscesses zwischen Blase und Rectum, Einführung des Zeigefingers hinter der Blase und gewaltsames Durchdrängen bis zur entgegengesetzten Seite. Gegenincision daselbst. Drainage mittelst eines mit Jodoformgaze umwickelten fingerdicken Gummidrains. Nachher glatte Heilung.

So vollkommen nun die Technik ist, so gering ist leider noch unsere Erkenntniss von der Art des Zustandekommens und der verschiedenartigen Bedeutung des Krankheitsbildes. Dr. Lange sagte sehr richtig, dass die Prognose der Krankheit von dem toxischen Agens abhängt. Wie heisst dasselbe aber? Woher gewinnen wir seinen Identitätsausweis? Welches sind die Bedingungen seines Gedeihens und ist es ein einzelner Microb oder mehrere oder ist eine ganz bestimmte Association ganz bestimmter Microben dazu nöthig? Und kennen wir sie alle? Können nicht ausser den uns wohlbekannten noch viele andere Formen vorhanden sein, deren Nachweis uns bis dato mit unseren beschränkten Cultivirungsmitteln noch nicht gelungen ist? Warum erzeugen Staphylo- und Streptococcen oft sehr verschiedene Krankheitsbilder? Warum erzeugt derselbe Streptococcus, welcher ein Mal eine unschuldige Tonsillitis hervorruft, andererorts eine Cerebrospinalmeningitis? Sollte bloss die Verschiedenheit des Krankheitsschauplatzes dem Process seine mehr oder minder grosse virulente Bedeutung verleihen? Und könnte es nicht Substanzen geben, welche erst in Action treten, wenn die Microben, von denen sie herrühren, schon todt sind? Man findet sehr häufig den Bacillus coli communis. Wie ist derselbe

eigentlich aufzufassen? Es ist festgestellt, dass er gar keine einheitliche Microbenart vorstellt, sondern dass viele ähnliche Arten im Darminhalt sich nachweisen lassen, welche sämmtlich sich völlig gleichbleibende, wenn auch nur unbedeutende Abweichungen zeigen. Welche Rolle spielt er also bei der Appendicitis und ihrem gut- oder bösartigen Verlauf? Und wenn alle diese zumeist ungenügend gekannten Combinationen von infectiösen Einflüssen zu Stande gekommen sind, wie verhalten sich die Schutzvorrichtungen des Organismus dagegen, einen unbedingt entscheidenden Einfluss auf den Ausgang übend? Ich erinnere vor Allem an die Blutzusammensetzung, über deren Bedeutung wir immer noch als vor einem grossen ungelösten Räthsel stehen, die Resorptionsfähigkeit, die Rolle, die der Entzündung als einer die weitere Infection hemmenden Macht zukommt? Wir können also besten Falls post festum einige Elemente züchten, welche unzweifelhaft in der Infectionsfrage eine bedeutende Rolle spielen. Aber wie verhält sich dies v o r der Operation, wenn man bakteriologische Erkenntniss zwecks der Directive für unser chirurgisches Handelns schöpfen wollen? Selbst wenn wir gleich bei der Operation mikroskopirten, so hätten wir doch nur unvollkommenen Aufschluss und auf das bakteriologische Züchtungsergebniss kann der Chirurg, der gleich handeln soll, nicht warten. So ist es eben wiederum der durch Erfahrung grossgezogene chirurgische Instinct, welcher oft die Art des Vademecum bestimmen muss.

Wenn also, wie bereits angedeutet, schon das chirurgische Messer durch die Eröffnung des Krankheitsgebietes so wenig Auskunft über die Pathogenese schafft, wie soll man, ehe noch eine Eröffnung stattfand, sich immer genau orientiren? Wenn die classischen Symptome, wie in den Lehrbüchern geschildert, deutlich vorhanden sind, dann ist es leicht, sich und die Umgebung von der Nothwendigkeit chirurgischen unverzüglichen Handelns zu überzeugen. Was aber sollen wir in den ersten 12 bis 24 Stunden thun, wenn keine Resistenz in der rechten Darmbeingrube, keine Dämpfung etc., noch vorhanden ist, wie es ja gewiss recht häufig vorkommt? Da ist es dem Chirurgen viel zugemuthet, gleich zu incidiren. Wehe ihm, wenn er es thut und die Erwartungen sich als trügerisch erweisen. Gerade diejenigen, welche ihn am meisten zur Incision gedrängt, werden am empörtesten über ihn den Stab brechen. Und hat er gewartet und anderen Tages sind die Symptome manifest, dann tadelt man den Fabius Cunctator. Lebhaft vor der Seele steht mir der Fall eines 6-jährigen Jungen, dessen Krankengeschichte ergab, dass er bei völliger Euphorie sich beim Spielen auf den Boden gelegt hatte, um einem bösen Kameraden die Vornahme von Turnevolutionen auf seinem Unterleib zu ermöglichen. Zum Ueberfluss hatte er eine reichliche Menge Citronenkerne verschluckt. Am anderen Morgen wurde eine Temperatur von 106°, Puls von 136, Schmerzen in der rechten Seite, namentlich der Ileocoecalgegend, leichte Resistenz daselbst und hartnäckige Obstipation constatirt. Was war demnach natürlicher, als dass der Hausarzt die Dia-

gnose „Appendicitis" stellte. Der alsbald citirte Chirurg konnte sich namentlich desshalb nicht zu der proponirten Incision entschliessen, weil die Resistenz so sehr unbedeutend war. Das expectative Verfahren wurde in diesem Fall auch von einer bekannten klinischen Autorität gutgeheissen und richtig entwickelten sich anderen Tages die unzweifelhaften Symptome einer Pleuropneumonie, welche in Pyothorax ausging. (Beiläufig erwähnt, in Genesung endigend.)

Es ist gewiss sehr wahr, wie bereits von Dr. Kammerer hervorgehoben, dass man heutzutage, also mit der fortgeschrittenen Erkenntniss, viel mehr gute Fälle sieht, als früher. Der Grundsatz, dass Abwarten ein Verbrechen ist, scheint, man möchte sagen, schon völlig bei dem allgemeinen Praktiker in Fleisch und Blut übergegangen zu sein, so dass der Chirurg erfreulicher Weise zumeist eine höchst dankbare Rolle übernimmt. Diese Thatsache aber läuft Gefahr, das andere, soeben angedeutete Extrem zu zeitigen und kommt es demgemäss heutzutage recht oft vor, dass der Chirurg wegen Appendicitis operiren soll, wo keine vorhanden ist. Ich kann mir hierbei nicht versagen, auf einen anderen Fall hinzuweisen, der mir erst vor wenigen Wochen begegnete. Eine junge Frau erkrankte 5 Wochen nach einer regulären Entbindung (Primipara) an heftigen Schmerzen in der Gegend der rechten Darmbeingrube, Erbrechen, Stuhlverstopfung, Fieber. Da sich auch in classischer Gegend Resistenz nachweisen liess, so war es nicht auffallend, dass der behandelnde, sehr tüchtige College, Appendicitis diagnosticirte. Eine vaginale Untersuchung war jedoch nicht gemacht worden, da sich Patient dagegen gesträubt hatte, wesshalb eine bestehende Salpingitis, welche die Ursache allen Uebels war und bei passender Behandlung verschwand, übersehen worden war. Ich möchte bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, dass ich wiederholt den Appendix an Salpingitiden habe Theil nehmen sehen, wie icha. ggvxgut's pendix an Salpingitiden habe Theil nehmen sehen, wie sich bei der Laparotomie beweisen liess. Wenn hier auch die Diagnose Appendicitis gar nicht ausser Ordnung wäre, so würden wir doch kaum gerechtfertigt sein, in solchen Fällen ohne Weiteres operativ vorzugehen.

Was zu guter Letzt den Punct Fremdkörper in dem Appendix betrifft, stimmen meine Erfahrungen mit denen Dr. Kammerer's völlig überein. Ich kann mich gar nicht erinnern, unter der ganz stattlichen Anzahl meiner Fälle je einen Fremdkörper als ursächliches Moment nachgewiesen zu haben. Dagegen hat es mich in den letzten Jahren interessirt, wenn es irgendwie anging, bei jeder Laparotomie den Appendix zu palpiren und habe ich wiederholt sehr deutlich harte Körper darin fühlen können, ohne jemals vor oder nachher von irgend welchen Störungen seitens des appendix zu hören. Ich legte mir da bisweilen die Frage vor, ob man nicht verpflichtet sei, solche Anhängsel zu entfernen — bis jetzt habe ich mich jedoch noch nicht dazu entschliessen können. So viel scheint hervorzugehen, dass Fremdkörper ganz ruhig im Appendix sich befinden, resp. fortbewegen können, ohne Unheil anzurichten. Summa summarum möchte ich zum Schluss

mein Glaubensbekenntniss dahin zusammenfassen, dass wenn Zweifel rücksichtlich der Operationsindication bestehen, durch Warten entschieden viel mehr Unheil angerichtet wird, als durch eine eventuell unnöthig gewesene Operation.

Dr. B. S. Talmey: Ich glaube, diese Discussion ist für die Chirurgen sehr interessant gewesen, aber ich war doch etwas enttäuscht, dass die interne Seite gar nicht berührt worden ist. Der Herr Vortragende hat das so dargestellt, als ob jede Appendicitis operirt werden müsste, und wenn sie nicht operirt würde, dass die Patienten dann ganz bestimmt sterben werden. Aber das ist nicht der Fall. Ich erinnere mich, vor einiger Zeit in der Münchener Medicinischen Wochenschrift von einem Chirurgen gelesen zu haben, der sagte, dass ohne Operation auch 95 Procent aller Appendicitis-Fälle gesund werden. Da sollte man doch eigentlich auch besprechen, wie die Prognose ohne Operation wäre und ob die Prognose nach der Operation besser ist, aber davon habe ich in der Discussion nichts gefunden. Ich möchte also von den Herrn Chirurgen hören, ob man nicht weiter kommen würde, wenn man nicht operirte.

Es war mir interessant von Dr. Lange zu hören, dass durch die Operation noch ganz andere Sachen entstehen können, wie der sogenannte Ilius. Ich weiss daher gar nicht, ob man nicht durch Operation mehr Unglück anrichtet als durch Zuwarten. Jeder Fall sollte doch nicht operirt werden. Ich kann mich erinnern, dass ich in der letzten Zeit drei Appendicitisfälle gesehen habe. Der eine Fall war sehr schwer, und die Chirurgen sagten, er muss operirt werden, sonst würde die Frau sterben, aber sie lebt heute noch; ich bin dagegen der Ueberzeugung, dass diese 55-jährige Frau nach der Operation ganz bestimmt zu Grunde gegangen wäre oder noch etwas anderes bekommen hätte. Es kommt mir eben vor, als ob die Chirurgen bei der Entscheidung für die Operation weniger auf die Prognose der Operirten als auf ihre Tasche Rücksicht nehmen.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ich rufe den Collegen zur Ordnung wegen dieses Ausdrucks.

Gestatten Sie mir, meine Herren, eine Antwort auf diese Frage. Wir alle haben in der Appendicitisfrage noch ungemein viel zu lernen. Das gesteht der Internist, der gewissenhafte Chirurg, der nicht für seine Tasche arbeitet. Wir alle wissen, dass gerade von Amerika aus die Lehre, die Appendicitis nicht im alten Schlendrian weiter vor sich gehen zu lassen, sondern zu richtiger Zeit operativ einzugreifen, in die Welt hinaus gegangen ist und für alle Zeit ihre Stellung bewahren wird. Aber gerade die richtige Zeit abzuwarten, zur rechten Zeit die Indication zu stellen, jetzt muss operirt werden, das ist die Schwierigkeit. Wer viele Appendicitisfälle gesehen hat, wie die hier anwesenden Chirurgen, ist doch zunächst berufen in dieser Frage seine Ansicht zu geben. Aber da es immer so bleiben wird, dass der Familienarzt die Fälle zuerst sieht und Internist und Chirurg Hand in Hand gehen werden, so ist der Vorredner vollständig berechtigt gewesen, etwas

über die Prognose für interne Aerzte hören zu wollen. Ich wiederhole, es liegt nicht in der Hand irgend eines Doctors, wenn er einen Fall sieht, zu sagen, wie der Fall ausfallen wird. Das haben die Herren Kammerer und Lange betont, und ich möchte es mit besonderem Nachdruck noch einmal wiederholen. Ich möchte nur mit ein paar Worten sagen, was für Anhaltspuncte der praktische Arzt dafür hat, wie der Fall eventuell auslaufen möchte. Zunächst sage ich, es ist die heilige Pflicht jedes Internisten, zu jedem Fall einen Chirurgen hinzuzuziehen. Denn wenn der Fall innerhalb weniger Minuten eine tödtliche Wendung nimmt, auf wessen Schultern liegt dann die Verantwortung? Es sollte also der praktische Arzt sich zur Pflicht machen, sowie er der Ueberzeugung ist, dass es sich um einen Appendicitisfall handelt, einen erfahrenen Chirurgen hinzuzuziehen, der ihm sagen kann, es soll jetzt nach meinem besten Wissen und Gewissen operirt oder noch gewartet werden. Wir werden aber auf diese Weise nie und nimmer dahin kommen, mit Sicherheit sagen zu können: jetzt ist die richtige Zeit oder, ich komme noch früh genug, es sei denn, dass wir immer sofort bei Einsetzen der Entzündung operiren. Was soll der praktische Arzt also thun? Er hat die Verpflichtung, wenn der Patient die Mittel hat, eine Wärterin zu besorgen und soll von Stunde zu Stunde Puls und Temperatur nehmen lassen und damit die Respiration vergleichen. Aber er soll nicht auf die Temperatur bauen. Wir wissen, auf Temperatur ist nichts zu geben. Wenn der Puls steigt auf 116—120 und Neigung hat, sich so zu halten, dann ist es ganz bestimmt besser, zu operiren, als länger zu warten. Wartet man, so kann ganz plötzlich irgend eine irreparable Laesion eintreten und der Patient nicht mehr zu retten sein. Es ist dies der Hauptgrund, wesshalb auch in unserer grossen Stadt der Chirurg, selbst wenn er früh genug geholt wird, bei Abwarten manchmal mit der Operation zu spät kommt.

Ferner halte ich es für die Pflicht des Arztes, nicht blos über die Prognose des speziellen Appendicitisfalls zu sprechen, sondern auch über die Prognose quoad vitam in futuro.

Es ist von dem verstorbenen Dr. Loomis in einer Sitzung in der Academy gesagt worden, als die Appendicitisfrage zur Discussion stand, er hätte gerade auf seiner Ward circa 20 Fälle, von denen 15 ohne Operation gesund geworden seien. Der Vorredner sprach eben von 95 Procent, die gesund geworden sind. Ich möchte nur sagen, wenn alle Fälle, die jetzt als völlig gesundet betrachtet werden, nach 10, 15, 20 Jahren wieder revidirt werden könnten, so möchte ich sehen, wie viele dann nicht-operirt am Leben sind. In der allergrössten Mehrzahl der Fälle kommt Appendicitis wieder, und sie kommt oft wieder, wo man sie nicht erwartet, in Lebensverhältnissen, wo die Mutter plötzlich von den Kindern oder das Kind von den Eltern weggerissen wird, wo kein Mensch ahnen konnte, was eintreten würde. Desshalb sage ich, es ist die Pflicht der Doctoren, auch an die Prognose quoad vitam in futuro zu denken. Ich habe es mir zur Pflicht gemacht, wenn ich weiss, es ist ein Anfall von Appendicitis dagewesen oder es hat

mir ein gewissenhafter Arzt gesagt, ich habe Appendicitis beobachtet, dass ich das für eine Indication halte den Appendix zu entfernen. Wenn ich weiss, es ist Appendicitis dagewesen, so sage ich den Eltern, der Appendix muss heraus, nach dem ersten Anfall. Wenn nicht erlaubt, rathe ich: „So warten Sie den nächsten ab, aber dann muss die Operation sogleich, beim Einsetzen des Anfalles, gemacht werden," vorausgesetzt, die Entzündung ist einigermaassen schwer. Passirten zwei Anfälle glücklich ohne Operation, so ist nach dem zweiten Anfall die Indication für Entfernung des Organs klar gegeben. Wir Doctoren sind hier, um das Leben unserer Kranken zu erhalten, nicht um den Appendix „zur rechten Zeit" auszuschneiden.

Ich möchte noch auf einen Punct aufmerksam machen. Wenn wir Appendicitis im acuten Stadium attakiren, so sind wir oft gezwungen, die Bauchmuskeln schräg durchzuspalten und zu trainiren. Wir alle wissen, dass in einer grossen Anzahl Fälle später Bauchbrüche eintreten, und wenn dies im jugendlichen Alter passirt, so kann ein solcher Patient für Lebenszeit mehr oder weniger in Ausübung seines Berufes oder des Lebensgenusses beeinträchtigt werden. Wenn wir aber dem folgen, was ich eben bemerkt habe, und den Appendix nach einem einmaligen Anfall für erkrankt halten, so können wir in der Zwischenzeit die von Dr. McBurney vorgeschlagene stumpf spaltende Operation mit verhältnissmässiger Leichtigkeit ausführen. Wir können beim Einschnitt der Faserung der Muskeln folgen; nach Herausnahme des Appendix fallen die Muskeln wieder zusammen, und man kann mit Sicherheit annehmen, dass der Patient keinen Bauchbruch davontragen wird. Es ist eben wichtig, auch an die Zukunft der Patienten zu denken. Ich glaube, dass in der ganzen Stadt New York kein Chirurg lebt, der, wenn er vorschlägt, bei Appendicitis einzuschreiten, es nicht nach bestem Wissen und Gewissen thut.

Dr. Beck (zur Berichtigung): Ich bedaure sehr, dass ich das Unglück gehabt habe, von dem Präsidenten missverstanden worden zu sein. Ich habe Herrn Dr. Lange durchaus nicht widersprochen, dass es ein toxisches Agens sein muss, welches diese Krankheit hervorbringt. Ich habe nur behauptet, dass dieser Ausdruck nicht genügend ist, und da Dr. Lange uns andere, ebenso interessante als werthvolle Aufschlüsse nach anderer Richtung hin gegeben hat, so hat er gewiss keine Zeit gefunden, gerade darüber sich länger zu verbreiten. Ich glaubte desshalb, dass es in der Ordnung sei, hervorzuheben, dass unser Wissen über die Art, wie dieses toxische Agens seine Wirkung entfaltet, noch sehr grosses Stückwerk ist.

Dr. Lange: Ich möchte auch um's Wort zu einer Berichtigung bitten. Zwei von den Fällen von Ileus, die ich erwähnte, waren vorher nicht operirt worden. Dann möchte ich sagen, dass ich durchaus nicht in all den Fällen, in welchen ich consultirt worden bin, die Operation empfohlen habe. Ich schätze ungefähr, dass von allen Fällen, zu denen ich im Laufe der Jahre als Chirurg zugezogen wurde, etwa 50 Procent zur Operation kommen, und operire seit Jahren vielleicht ge-

gen 20 bis 30 Fälle per Jahr. Das ist auch eine ganz bekannte klinische und pathologische Thatsache, dass eine ganze Reihe von Appendicititen sich intra appendicem abspielen und namentlich gehören in diese Rubrik die recidivirenden katarrhalischen Formen von Appendicitis, bei denen nicht selten Stricturen vorliegen und die auch meistens unter einem milden klinischen Bilde verlaufen. Der College bezog sich wahrscheinlich auf eine Arbeit von Renvers. Ich habe seinerzeit diese Arbeit auch gelesen. Seine Statistik halte ich nicht für beweisend. Er bezieht sich auf die Statistik der preussischen Armee, wonach von allen Entzündungen in der rechten Darmbeingrube ungefähr 95 Procent zur Heilung gelangen. Es wird angenommen, dass dies der Mehrzahl nach Appendicititen gewesen seien. Von den Fällen, die er selber angibt und die insofern sehr interessant sind, als bei einer Anzahl die Anwesenheit von Eiter durch Probepunction constatirt wurde, ist eine auffallend grosse Zahl zur Heilung gelangt, aber es sind auch mehrere, die gestorben sind, und die man durch Operation hätte retten können. Die Möglichkeit spontaner Heilung durch Entlastung des Eiters oder secundäre Perforation des nahe gelegenen Darms müssen wir zugeben. Ich glaube nicht, dass man sich diese spontane Heilung so vorzustellen hat, dass sich die Eitermasse resorbirt. Das ist ein sehr chronischer Vorgang und stimmt nicht mit der acuten Wandlung zum Günstigen, die bei vielen Formen von Appendicitis vorliegt. Wir können aber auch diese secundären ruecawartsigen Perforationen als höchst plausibel hinstellen, denn bei manchen Fällen von Appendicitis sehen wir, dass der gangränöse Process sich gar nicht auf den Appendix beschränkt, sondern dass secundäre Perforationen des caput coli vorkommen. Die Renvers'sche Statistik bezieht sich auf Beobachtungen in einem Krankenhause, wohin viele der schweren Fälle gar nicht mehr gelangen, welche wir in der Privat-Praxis sehen.

Dr. Kaufmann: Ich möchte gegenüber den Bemerkungen des Herrn Dr. Lange, dass ein Theil der Fälle von Renvers, wo Eiter gefunden war und die nachher zu Grunde gegangen sind, vielleicht durch operativen Eingriff hätten gerettet werden können, mir die Gegenfrage erlauben, ob nicht auch eine Reihe von Fällen, bei denen frühzeitig operativer Eingriff gemacht wurde und trotzdem ein letaler Ausgang erfolgte, event. ohne operativen Eingriff geheilt wäre; ob es nicht Situationen gibt, wo der Patient dem operativen Eingriff zu gewisser Zeit erlag, während er, wenn er zu anderer Zeit operirt wurde, erhalten worden wäre? Ich denke dabei vor allen Dingen an Fälle, die von vornherein mit sehr schwerem Schock einsetzen und vielleicht zu denen gehören, die Dr. Lange als besonders toxisch bezeichnet hat. Dieser Zustand des Befallenseins von einer schweren Intoxication mag doch wohl für manchen operativen Eingriff ein schweres Hinderniss sein, und ich glaube, dass gerade diese Fälle prognostisch die wichtigsten sind und zur Zeit des operativen Eingriffs am schwersten zu beurtheilen sind. Bei den anderen Fällen, die nicht mit so schwerer Intoxication einhergehen, würde es zum grossen Theil bez. der Zeit des opera-

tiven Eingriffes gar nicht so wichtig sein, ob man abwartet oder nicht. Ich möchte fragen, wie die Herren Chirurgen sich speciell zu dieser Frage stellen, die mir für den praktischen Arzt die wichtigste zu sein scheint.

Dr. Cook: Meine Herren! Ich glaube, dass es sehr wichtig ist, in der Prognose, ob die Entzündung einen schlimmen Charakter annehmen wird oder nicht, den früheren Gesundheitszustand des Patienten zu beobachten. Ich habe gefunden, dass bei Leuten von stürmischem Habit der Abscess, circumscribirt durch Lymphergüsse, nicht so leicht in die Bauchhöhle platzt und dass der Eiter und der Appendix, obwohl er verfaulte, durch den Darm fortgetragen wurde. Ich glaube in jedem Fall, wo der Appendix sich entzündet, dass er nekrotisch wird, und die Frage ist nur, kann man da den Patienten ohne Incision retten, die in die Bauchhöhle geht. Ich erinnere mich keines Falls, wo die Gesundheit schwach war, der nicht tödtlich ausging in früherer Zeit, wo nicht operirt wurde. Andere Fälle bei starken Geschwülsten sind wieder gut geworden, wo man jetzt ohne Zweifel operiren würde.

Dr. F. Kammerer (Schlusswort): Ich kann mich sehr kurz fassen. Ich stehe vollständig auf Ihrem Standpunkt, dass wir aus einer grossen Reihe von Fällen eben berechnen müssen, welche Behandlungsmethode die besten Resultate gibt. Der einzelne Fall beweist uns gar nichts.

Ich möchte mich aber dagegen wenden, dass mir die Ansicht imputirt wird, dass jeder Fall operirt werden müsse. Ich habe gesagt, ich halte jeden Fall für operativ, wenn die Erscheinungen progredient sind. Ich verweigere hier und da auch die Operation bei Consultationen. Ich gebe zu, dass 90 Fälle bei interner Behandlung gerettet werden können, aber ich glaube auch, dass die Operation bei progredienten Erscheinungen die allerbesten Resultate gibt, und ich möchte Dr. Kaufmann erwidern, dass die Gefahr der Operation aus dem Grunde, dass die Patienten durch Intoxicationserscheinungen zu weit heruntergekommen sind, bei Frühoperation gar nicht in Betracht kommt. Ich glaube, dass die Frühoperation als Operation an sich ungemein wenig Opfer fordert.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ich bin überzeugt, dass wenn wir die Erfolge zweier Doctoren vergleichen, von denen der Eine sich zur Aufgabe gemacht hat, zu operiren, sowie die Diagnose „Appendicitis" gestellt ist, während der andere sagt, ich will die Operation nur machen, wenn sie absolut indicirt ist, dass derjenige, der stets früh operirt, nach Procenten viel mehr Leben rettet, als der andere. Denn die Indication zum Operiren kann eben ganz plötzlich eintreten, und dann schon mag es zu spät sein; oder, es wird nach dem Chirurgen geschickt, aber durch diesen oder jenen Umstand werden mehrere Stunden verloren; die Operation wird gemacht, der Patient stirbt; es war einfach „zu spät." Ich bin der festen Ueberzeugung, dass wenn einmal ein Anfall von Appendicitis dagewesen ist, so wird sich in der allergrössten Mehrzahl der Fälle später wieder ein Anfall auslösen. Wenn wir erst zur allgemeinen Annahme dieses Factums seitens Internisten und

Chirurgen gekommen sind, ergibt sich, meines Erachtens, die Indication von selbst; ein solcher Appendix muss aus der Bauchhöhle heraus, und zwar je eher desto besser. War es gelungen, den Patienten durch den ersten Anfall ohne Operation zu bringen, so werden wir, nachdem der Kranke sich einigermassen erholt hat, den Angehörigen die Entfernung des Appendix anrathen. Wenn diese Anschauung in ärztlichen Kreisen erst einmal festen Boden gewonnen, so werden wir, dess bin ich gewiss, mehr Leben retten, als wenn wir mit dem Operiren auf die Zeit warten, bis ein neuer Anfall eingetreten ist.

Präs. Dr. Willy Meyer: Es ist Herrn Dr. Krug nicht möglich heute Abend hier anwesend zu sein. Desshalb muss sein Vortrag verschoben werden. Herr Dr. Bosch wird Ihnen noch ein Instrument erläutern. Vorher ersuche ich aber den Secretär, die Antwort des Prof. Dr. Erb zu verlesen. (Geschieht.)

Dr. Bosch: Demonstirt ein Instrument zur Erweiterung des Larynx bei Stenose durch Pseudomembranen.

Präs. Dr. Willy Meyer: Zu Mitgliedern werden die folgenden Herren vorgeschlagen: Dr. Perry Fridenberg und Dr. G. G. Fischlowitz.

Ich höre, dass Dr. Geo. C. Stiebeling, das älteste Mitglied unseres Vereins, heute Morgen gestorben ist, und ich bitte Sie, dass Sie sich zum Andenken und zur Ehre unseres verstorbenen Collegen von den Sitzen erheben. (Geschieht.)

Schluss und Vertagung.

REFERATE.

Pathologie und Bakteriologie.

Referirt von Dr. Louis Heitzmann.

Tumoren des Oberkiefers und angrenzender Gegenden. Von Dr. Hammer. Virchow's Archiv Band 142, Heft 3.

Hammer hatte Gelegenheit 20 Tumoren des Oberkiefers, 1 Tumor des Unterkiefers und 1 der Zunge zu untersuchen. Von diesen waren 5 Carcinome, 10 Sarcome, 1 Myxosarcom, 1 Fibrosarcom, 1 Enchondrom, 3 Endotheliome und 1 kystischer Tumor nach dem Typus der von den Zahnkeimen abgeleiteten. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, dass derartige Geschwülste oft sehr spät zur Kenntniss des Patienten und des Arztes kommen. Dies mag theilweise in den eigenartigen anatomischen Verhältnissen seinen Grund haben, da eine Geschwulst im Innern der Highmorshöhle unbemerkt bis zu ziemlicher Grösse anwachsen kann, theilweise ist es in der Eigenthümlichkeit des Wachsthums der Tumoren begründet. Dieselben haben bei ihrem Vordringen, sobald sie auf Knochen stossen, die Fähigkeit, diesen allmählich zu ersetzen und dabei die äussere Form der betreffenden Knochenpartien lange Zeit zu erhalten. Niemals wird der Knochen verdrängt und bei Seite geschoben. Dieses Verhalten liess sich auch am deutlichsten da erkennen, wo die Nasenmuscheln und der Proc. alveolaris, betheiligt waren. Was die Prognose anbelangt, erscceinen von den Sarcomen diejenigen mit kleinen runden und ohne Zwischensubstanz auftretenden Zellen, als die bösartigsten, während diejenigen mit Hyalinbildung oder reichlicher Zwischensubstanz, ferner die fibrösen und die Riesenzellensarcome einen mehr gutartigen Charakter tragen. Die Endotheliome sind in ihren frühen Stadien durchaus gutartig; es giebt jedoch bisweilen einen späteren Zeitpunkt ihrer Entwickelung, an dem sie einen mehr malignen Charakter annehmen. Die paradentären Kystome haben ein langsameres Wachsthum und keine bösartige Tendenz. Die Malignität der Carcinome ist bekannt.

Zählung der Bakterien im normalen Säuglingskoth. Von Dr. Eberle. Centralblatt für Bakteriologie, Band XIX, No. 1.

Eberle nahm bei einem gesunden, ausschliesslich mit Gaertner'scher Fettmilch genährten, zwei Monate alten Säugling eine Reihe von Zählungen vor und kam zu folgenden Resultaten:

1. Die Zahl der im normalen Kothe eines mit steriler oder nahezu steriler Milch genährten Säuglings ist eine ganz enorme. Es zeigt dies, dass die Art und die Menge der in der Nahrung enthaltenen Spaltpilze

durchaus nicht bestimmend zu sein braucht für die Art und Menge der im Stuhl vorhandenen Bakterien.

2. Die Zahl der lebens- resp. auf den Nährmedien entwicklungsfähigen Spaltpilze beträgt nur 4.5 — 10.6 Procent derjenigen Bakterien, welche durch die Färbemethode im Kothe nachgewiesen werden können. Entweder handelt es sich bei diesen letzteren um Bakterienarten, welche auf unseren Nährböden überhaupt nicht zur Entwicklung kommen, oder die weitaus grösste Zahl der im Stuhl vorhandenen Bakterien ist bereits abgetödtet oder doch in einem so geschwächten Zustande, dass sie unter den gegebenen Verhältnissen sich nicht mehr vermehren können. Die zunehmende Austrocknung und Verarmung an Nährstoffen, welche der Koth im Dickdarm erleidet, wirkt schädigend auf die Bakterien des Darminhaltes ein.

3. Die Zählung bei Körpertemperatur und Luftzutritt hat einen begünstigenden Einfluss auf die Entwicklung der im Kothe enthaltenen Keime. Man erhält bei Züchtung auf Gelatine nur 4.5 Procent, und bei Züchtung auf Agar nur 10.6 Procent der im mikroskopischen Bilde sichtbaren Bakterien, so dass man bei Fahnden nach im Darminhalt vorhandenen Krankheitserregern die mikroskopische Untersuchung der Faecesbakterien nicht unterlassen darf.

Steigerung der Giftproduction des Diphtheriebacillus. Von Dr. v. Dungern. Centralblatt für Bakteriologie, Band XIX, No. 4 und 5.

Durch Züchten in Ascitesbouillon oder auch unvermischter Ascitesflüssigkeit gelang es v. Dungern, die Virulenz der Diphtheriebacillen soweit zu erhöhen, dass sie auch solchen Kaninchen gefährlich wurden, bei welchen sich ½ ccm. einer ein- oder zweitägigen gut gewachsenen gewöhnlichen Bouilloncultur unschädlich erwies. Das Wachsthum war in Ascitespeptonbouillon ein recht gutes, aber auch kein besseres, als in zusagender einfacher Peptonbouillon. Die Virulenz zeigte sich aber, sowohl für Meerschweinchen wie Kaninchen, bedeutend erhöht. Während junge Bouillonculturen in Menge von ⅛ ccm. bei Meerschweinchen von 400 g. nur ganz leichte lokale Reaction hervorriefen, tödteten eintägige Ascitesbouilloneulturen ebensolche Thiere in der Dose von ⅛ und $^1/_{15}$ ccm. schon in 36 Stunden. Durch verschiedene Impfversuche wurde bewiesen, dass der Zusatz von menschlicher Ascitesflüssigkeit zum Nährboden für die Giftbereitung der Diphtheriebacillen von grosser Bedeutung ist, da das Filtrat aus der an Diphtheriebacillen weniger reichen Ascitescultur etwa 3mal so giftig war, wie das unter gleichen Bedingungen aus Peptonbouilloncultur gewonnene. Die vermehrte Giftproduction ist vollständig genügend, um die durch das Wachsthum in Ascitesbouillon bedingte Virulenzsteigerung zu erklären. Ferner konnte D. zeigen, dass der Zusatz von mensch-

licher Ascitesflüssigkeit auch ein gutes Mittel ist, um die Virulenz der Diphtheriebacillen, wenigstens soweit sie auf Giftproduction beruht, in den künstlichen Nährböden constant zu erhalten. Für die Praxis wäre es wünschenswerth, in dem menschlichen Serum möglichst entsprechendes thierisches Serum zu finden, da menschliche seröse Flüssigkeiten schwer in grösserer Menge steril zu bekommen sind.

Ein neuer Micrococcus im Blute und Harn gefunden. Von Sewer. Sterling. Centralblatt für Bakteriologie, Band XIX, No. 445.

Im Verlaufe einer acuten infectiösen Krankheit, welche als Endocarditis ulcerosa beschrieben wurde, hatte S. Gelegenheit, sowohl im Harne als auch im arteriellen Blute neben Bakterium coli commune auch einen Coccus zu finden, welcher den Neisser'schen Gonococcen sehr ähnlich, zu vieren gruppirt war, keine nachweisbare Sporenbildung hatte und sich am deutlichsten mit dem Loefflerischen Methylenblau und nach Gram positiv färbte. Auf Gelatine sowohl als auf Agarplatten, entwickelten sich citronengelbe, runde, strahlende, ein wenig über das Niveau emporsteigende Colonieen, und zeigte sich die deutlichste Citronenverfärbung in Stichgelatine. In den Frühculturen traten gallertartige Capseln hervor, welche wenig oder gar nicht färbungsfähig sich erwiesen und je vier Coccen einschlossen. Die Diagnose war Micrococcus tetragenus citreus (septicus?).

Das Lipomprotozoon. Von Dr. Vedeler. Centralblatt für Bakteriologie, Band XIX, No. 8.

Von der Idee ausgehend, dass das Wachsthum eines Lipoms nur durch ein beständiges Irritament im Gange erhalten werden könne und dass dieses sich im Lipom befindliche Irritament möglicherweise ein Protozoon sein könne, fixirte V. die Geschwülste in 5 Procent Sublimatauflösung, zog das Fett mit Hülfe von Aether aus, was mehrere Wochen beanspruchte, härtete dann in Alcohol, färbte mit Haematoxylin und Eosin und bettete in Paraffin ein. An der Peripherie des Tumors beschreibt er nun einige stark violett gefärbte, kreisrunde Körper, die eine Grösse bis zu 16μ haben, aber auch kleiner als ein rother Blutkörper sein können. Sie liegen innerhalb der Capsel der Fettzellen und haben eine bestimmte, blauschwarz gefärbte Begrenzungsmembran, welche durch einen helleren Zwischenraum vom undurchsichtigen Inhalt geschieden ist. Drückt man das Deckglas hart gegen das Objectglass, so springen sie entzwei, indem Risse in den Kanten entstehen, und die umgebende Capsel tritt dann noch deutlicher hervor, während der klare Zwischenraum undeutlich wird. Macht man nun sehr feine Schnitte, so findet man theilweise dieselben Figuren, theilweise viel hellere, runde oder etwas längliche, die eine deut-

lich begrenzende Capsel, einen blasenförmigen Kern mit einem Kernkörper wie ein einzelner kleiner Punct, und ein feinpunctirtes Protoplasma haben. Vedeler glaubt, dass das ganze Aeussere dieser Körper dieselben als Protozooen charakterisirt, und nimmt er an, dass es Entwickelungsstadien desselben Wesens sind. Er hält es für erwiesen, dass auch das Lipom nicht von selbst wächst, sondern dass hier wie Krebs, Sarcom, Myom ein lebendiges Irritament erforderlich ist, welches den ersten Ursprung und das spätere Wachsthum verursacht.

Therapeutische Notizen.

Bezüglich der Verwendung des Nitroglycerins bei Angina pectoris gibt Th. Schott („Therap. Monatshefte", März 1896) folgende Anhaltspunkte an. Das Nitroglycerin entfaltet seine beste Wirksamkeit bei den reinen Formen der angiospastischen Art der Angina pectoris. Diesen zunächst kommen die Fälle, bei welchen sich der Herzkrampf zu Aortenfehlern gesellt. Viel weniger zuverlässig ist das Mittel bei Stenocardie im Gefolge von Myocarditis, sowie bei Fettherz und „Weakened heart". Bei Brustkrampf im Gefolge von Aortenaneurysmen ist die Wirkung meist nur eine geringfügige und bei den reinen Neurosen lässt das Mittel häufig ganz im Stich. Uebrigens lässt sich bei gar keinem Patienten die Wirkung voraussagen, sie ist vielmehr stets individuell, nur hat das Mittel den Vorzug, dass wir bald erkennen, ob seine Anwendung indicirt ist oder nicht. Ueberall, wo die toxischen Wirkungen sich schon bei einer geringfügigen Dosis zeigen, in der Form von Erbrechen, Ohnmachtsanwandlungen u. s. w., wird man von seiner Anwendung besser absehen. Bleiben die toxischen Wirkungen bei kleinen Dosen aus und sind diese letzteren selbst erfolglos, so kann man getrost das Mittel in vorsichtig steigender Dosis geben. Nicht unwichtig ist die Form, in welcher das Nitroglycerin gegeben wird. Am vortheilhaftesten erschien die folgende Zusammensetzung, wobei zu beachten ist, dass allen Verordnungen stets eine einprozentige alkoholische Nitroglycerinlösung zu Grunde liegt:

Rp. Nitroglycerini ....0·2
Tinct. capsici ....2·5
Spirit. rectificatissim.
Aq. menth. pip. aa...............................12·5
M. D. S. 2—5—10 Tropfen nach Bericht.

Die häufig geradezu überraschende Wirkung zeigt sich darin, dass nach kaum einer Minute der Krampfzustand des Herzens nachzulassen beginnt, und innerhalb 2–3 Minuten enfaltet das Medicament fast stets seine volle Wirkung. Oft vermag schon ein einziger Tropfen der obigen Lösung die Krampfzustände zum Verschwinden zu bringen. Dies ist allerdings nicht die Regel. Oft ist es nothwendig, nachdem man eine gewisse Zeit hindurch mit einer kleinen Dosis ausgekommen ist, zu grösseren Gaben überzugehen. In vielen Fällen ist überhaupt erst eine einmalige grössere Dosis von Erfolg. Sch. ist überzeugt, dass man über 1 Mgrm. als Einzeldosis weit hinausgehen kann. Selbstverständlich ist das Nitroglycerin nur als ein symptomatisches Mittel anzusehen, aber als solches ist es zweifelsohne berufen, bei der Behandlung der Angina pectoris eine grosse Rolle zu spielen.

— Bei Trachom empfiehlt E. A. Nesnamoco („Therap. Wochenschrift", No. 10, 1896) die Anwendung von Jod. Eine 0·5—1·0prozentige Jodvaselinlösung ist bei narbigen Formen von Trachom, Infiltraten, Geschwüren und oberflächlichen Trübungen indizirt; bei parenchymatöser Keratitis ist eine Jodlösung auf die umgestülpten Lider einzuschmieren, bei Dacryocystoblennorrhoe wird eine 0·5—1·0prozentige Lösung eingeträufelt, bei Blepharoadenitis in die Lidränder eingerieben. Bei Trachom ist eine 2—5prozentige Jodvaselin-Aetherlösung indizirt.

— Ein sogenanntes stummes Thermometer hat Dr. Mercier construirt, das eine regelmässige Temperaturmessung ermöglicht, ohne dass die Kranken über das Ergebniss der Messung sich unterrichten können, was bei besonders ängstlichen Individuen von einer nicht zu unterschätzenden Bedeutung ist. An dem stummen Thermometer, welches dem Patienten gegeben wird, fehlt jegliche Scala; die Höhe der Temperatur lässt sich nur mittelst einer graduirten Metall- oder Glashülse, welche über das Thermometer geschoben wird und sonst in den Händen des Arztes bleibt, feststellen.

— Um das Blut von den Händen, Schwämmen u. s. w. rasch zu entfernen, setzt man nach Benckiser (Centr. f. Gyn. 1895, No. 25) dem Waschwasser ohne Seife einen Kaffeelöffel Weinsäure hinzu, die den Blutfarbstoff als lackfarbene Flüssigkeit in Lösung bringt.

Allerlei.

— Der 25. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 27. bis 30. Mai ds. Js. in Berlin statt. Begrüssung am Dienstag, den 26. Mai, Abends 8 Uhr, im Gebäude des Deutschen Reichstages. Daselbst findet im Kuppelbau und in der Wandelhalle ein Promenaden-Concert statt. Eröffnung des Congresses in der Festsitzung am Mittwoch, den 27. Mai, 12 Uhr, in dem Langenbeck Hause. Vorträge werden halten: v. Esmarch-Kiel: Die Erfolge der künstlichen Blutleere. Bruns-Tübingen: Die Entwickelung der modernen Behandlungen des Kropfes. König-Berlin: Die Entwickelung der Lehre von den Lokal-Tuberculosen in den letzten 25 Jahren. Wölfler-Prag: Die Operationen am Magen und Darmkanal. Sonnenburg-Berlin: Ueber die Operationen am Processus vermiformis. Langenbuch-Berlin: Ueber die Operationen an den Gallenwegen. An die Sitzung schliesst sich um 4 Uhr Nachmittags das Festessen im Hotel zum Kaiserhof. Donnerstag, den 28. Mai, um 10 Uhr, Sitzung im Langenbeck-Hause. Abends Fest in Kroll's Etablissement am Königsplatze. Freitags und Sonnabends Sitzungen im Langenbeck-

Hause von 10 bis 4 Uhr. Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen an den ständigen Schriftführer, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Gurlt (Berlin W., Keithstrasse No. 6). Die Mitgliedsbeiträge, sowie die für das Jahr 1896 in der letzten Jahresversammlung bestimmte Zuschlagszahlung von 10 Mk. für jedes Mitglied ist Herr Anders (Bureau in der Vorhalle des Reichstagsgebäudes) anzunehmen berechtigt. In den poliklinischen Sälen der Königl. chirurgischen Universitäts-Klinik (Berlin N., Ziegelstrasse 5—9) findet während des Congresses eine Ausstellung von chirurgischen Instrumenten und Apparaten statt.

— Aerztliche Prüfung von Ausländern in Bayern. Durch Entschliessung des Kgl. bayer. Cultusministeriums wurde im Juli 1894 bestimmt, dass künftig ausländische Candidaten der Medizin, die ein Gymnasial-Absolutorium nicht besitzen und auch nicht die Absicht haben, in Deutschland sich als Aerzte niederzulassen, bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen zur ärztlichen Prüfung zugelassen werden können, mit dem Vorbehalte, dass sie im Falle des Bestehens der Prüfung lediglich eine Bescheinigung der Prüfungskommission hierüber, nicht aber die Approbation als Aerzte erhalten. Im Interesse eines gleichmässigen Vollzugs dieser Vorschrift wurde im Einvernehmen mit den zuständigen Behörden neuerdings verordnet, dass die Zulassungsgesuche solcher ausländischer Candidaten nicht von den Prüfungsvorsitzenden in eigener Zuständigkeit zu verbescheiden, sondern in allen Fällen dem genannten Ministerium vorzulegen sind, welches erforderlichenfalls nach Benehmen mit dem Reichsamt des Innern Bescheid ergehen lassen wird.

Verzogen.

Dr. Sigismund Cohn, 106 East 81. Str.
" Alfred Michel, 302 West 32. Str.
" Leopold Stieglitz, 58 East 66. Str.
" J. H. Lurie, 164 West 97. Str.

Dr. Edw. Friedenberg will remove on May 1st, to 242 Lenox Ave.

An die Leser.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

OTTO G. T. KILIANI,
133 E. 57. Str.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

herausgegeben von

Dr. E. Bachmann, Dr. J. Brettauer, Dr. A. F. Buechler, Dr. A. Caillé, Dr. F. Foerster, Dr. E. Fridenberg, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Lange, Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. F. Schwyzer, Dr. G. Seeligmann, Dr. A. Seibert, Dr. G. Troje.

Redigirt von

Dr. OTTO G. T. KILIANI.

Bd. IX. New York, Mai 20. 1896. No. 5.

ORIGINALARBEITEN.

Herrn Geheimrath Prof. Dr. C. Schoenborn zur 25-jährigen Jubelfeier seiner Berufung zur Ordentlichen Professur für Chirurgie gewidmet von seinem früheren Assistenten und dankbaren Schüler, Dr. F. Lange, New York.

I.

Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege.*)

Meine Herren! Sie werden von mir nicht erwarten, eine auch nur einigermassen erschöpfende Behandlung des Themas zu hören, für welches ich am heutigen Abend Ihr Interesse in Anspruch zu nehmen mir erlaube. Die Chirurgie der Gallenwege umfasst zur Zeit bereits ein so grosses Arbeitsfeld, weist eine so reichhaltige Literatur auf, dass ich in dem Rahmen eines Vortrages nur relativ kurz die einzelnen uns interessirenden Fragen berühren kann. Dieselben werden sich vorzugsweise auf dem praktischen Gebiet bewegen, und ich würde mich glücklich schätzen, wenn ich mit der Darlegung meiner persönlichen Erfahrungen Ihre Anerkennung finden und zu

*) Nach einem vor der Versammlung der Aerzte des Johns Hopkins Hospital in Baltimore gehaltenen Vortrag.

einer gedeihlichen Verwerthung meiner Gesichtspunkte den Anstoss geben könnte. Erwarten Sie vor allem nicht eine eingehende Berücksichtigung der Literatur. Es liegt mir viel mehr daran, Ihnen meine Eindrücke und Erfahrungen an der Seite des Kranken wiederzugeben, als mich in Kritiken der Eindrücke und Erfahrungen anderer zu ergehen, für welche ich in mancher Beziehung nicht competent bin, da ich unter Verhältnissen arbeite, welche eine erschöpfende Verwerthung des Krankenmaterials vom wissenschaftlichen Standpunkt aus sehr erschweren.

Lassen Sie mich zunächst einige technische Punkte berühren. Nach meiner Erfahrung bieten sich für chirurgische Maassnahmen an den tieferen Gallenwegen hauptsächlich dann Schwierigkeiten, wenn das Operationsgebiet infolge der anatomischen Verhältnisse besonders schwierig zu erreichen ist. Letzteres ist entweder dann der Fall, wenn bei Hochstand einer kleinen Leber der freie Rippenrand die untere Grenze derselben überragt, oder wenn eine grosse Leber weit über den freien Rippenrand nach abwärts reicht. In beiden Fällen kann durch starke Fettleibigkeit oder durch einen Thorax von grossem Tiefen-Durchmesser die Schwierigkeit noch erheblich gesteigert werden. Ich habe es unter solchen Umständen in einer Anzahl von Fällen versucht, durch ausgiebige Resection der in Betracht kommenden Rippenknorpel resp. angrenzender knöcherner Rippentheile den Zugang zu den tieferen Gallenwegen bequemer zu machen. Man kann nach meinen Erfahrungen in etwa acht Fällen diese Hilfsoperation durchaus empfehlen. Sie lässt sich von einem parallel dem Rippenrand geführten Bauchschnitt aus bequem ausführen, erschwert den Eingriff kaum und gefährdet bei vorsichtigem Vorgehen die Pleura nicht.

In Bezug auf die chirurgischen Eingriffe am ductus choledochus und cysticus selber weiche ich von den bisher bekannten Massnahmen nicht ab. Die Eigenthümlichkeiten des Falles bestimmen es, ob diese Kanäle nach stattgefundener Entfernung der vorhandenen Steine vollständig oder theilweise genäht oder abdrainirt werden oder ob vielleicht die Tamponade allein indicirt ist. In der Regel bin ich bemüht, durch

eine sorgsame Naht die primäre Vereinigung anzustreben, doch unterlasse ich nie die lockere Tamponade bis zur Nahtlinie und leite den Tampon neben der abdrainirten Gallenblase zur Peritonealhöhle hinaus.

In Fällen acuter Entzündung der Gallenblase, welche in Folge von Zerstörung der Gallenblasenwand mehr oder weniger Peritonitis veranlasst hat, müssen uns dieselben Grundsätze leiten, welche wir bei der chirurgischen Behandlung der Peritonitis aus anderen Gründen befolgen. In solchen Fällen bin ich bemüht, vor allen Dingen einen möglichst freien Abfluss aller Secrete nach aussen zu sichern, nähe das Peritoneum gar nicht, umgebe die ganze Gallenblase mit Tampons, tamponire und drainire die Gallenblase selber und lasse die äussere Wunde, mit Jodoformgauze gefüllt, weit offen. Man wird in der Regel, sofern die Infection nicht bereits zu grosse Ausdehnung genommen hat, hiernach einer prompten Beschränkung des entzündlichen Prozesses gewärtig sein dürfen.

Die Operation in zwei Zeiten nach dem Vorschlag von Riedel habe ich so gut wie ganz verlassen. Ich finde den Einwand von Kehr ganz berechtigt, dass man sich damit für etwaige chirurgische Erfordernisse im Bereich der tieferen Gallenwege wünschenswerthe Facilitäten benimmt. Es hat in der Regel gar keine Schwierigkeiten, durch Schutzcompressen die Umgebung gegen etwaigen inficirenden Inhalt der Gallenblase zu schützen. In manchen Fällen gestattet überhaupt erst eine gründliche Entleerung der Gallenblase einen genauen Ueberblick über die Verhältnisse der tieferen Gallenwege und die in Betracht kommenden chirurgischen Nothwendigkeiten.

Wie lange Zeit eine erkrankte Gallenblase abdrainirt wird, hängt gleichfalls von den Eigenthümlichkeiten des Falles ab. Die sogenannte ideale Cholecystotomie habe ich aufgegeben. Man findet kaum jemals die Gallenblase in solchem Zustande, dass nicht eine gründliche Ableitung ihres Inhalts für die erste Zeit nach der Operation wünschenswerth ist.

In Bezug auf die Indicationen für chirurgische Hilfe bei Gallensteinleiden stehe ich nicht auf dem radikalen Standpunkt, welcher heutzutage von manchen Chirurgen vertreten wird. Im Laufe der Jahre beobachtet man doch eine ganze

Reihe von Fällen, bei denen trotz protrahirten Leidens vollständig spontane Heilung eintritt. Ich könnte in dieser Beziehung manche recht interessante und belehrende Fälle anführen. So entsinne ich mich einer alten Dame, bei welcher ich eine stark vergrösserte und mit Gallensteinen vollständig vollgepfropfte Gallenblase auf's deutlichste palpiren konnte und welche die vorgeschlagene Operation verweigerte. Ich habe diese Dame in späteren Jahren wegen eines kleinen Epithelioms im Gesicht operirt und mich bei dieser Gelegenheit überzeugen können, dass ihre Gallenblase für das Gefühl verschwunden war. Sie hatte nach mehreren milden Gallenstein-Attacken Jahre lang gar keine Mahnung an ihr früheres Leiden mehr erfahren, ist jetzt nahe an 80 Jahre alt und befindet sich noch im besten Wohlsein. Ich habe mehrere Jahre lang einen Kollegen beobachtet, welcher alle typischen Erscheinungen des Gallensteinleidens darbot und bei welchem, nach den fieberhaften Zuständen, Schüttelfrösten, Schwellungen der Leber zu urtheilen, wahrscheinlich stark entzündliche Veränderungen im Bereich der letzteren bereits vorhanden waren. Ich glaubte auch bei ihm deutlich das Reiben von Steinen in der Gallenblase fühlen zu können. Dieser Kollege ist seit mehr als fünf Jahren, nachdem er wiederholt die Carlsbader Cur gebraucht hatte, als vollständig hergestellt zu betrachten. Und so sind mir noch eine Anzahl von Patienten bekannt, welche sich trotz ihres seit vielen Jahren bestehenden Gallenleidens eines relativen Wohlbefindens erfreuen, die gelegentlichen Gallensteinkoliken in den Kauf nehmen und in ihrem allgemeinen Gesundheitszustand keine nennenswerthe Einbusse erlitten haben. Man ist hierzulande der chirurgischen Hilfe gegen Gallensteine, sofern sie nicht ernstliche und bedenkliche Beschwerden veranlassen, seitens des Publikums überhaupt abgeneigt, und ich gebiete über relativ wenige Fälle, welche ich unter die Rubrik der einfacheren und nicht complicirteren rechnen könnte, wogegen der Prozentsatz solcher, bei welchen acut eintretende Entzündungsprocesse ein sofortiges chirurgisches Eingreifen gebieterisch erforderten, ein relativ hoher ist. Lassen Sie mich dieser Klasse von Fällen zunächst einige Berücksichtigung

schenken. Sie sind gerade für den praktischen Arzt besonders beachtenswerth, und es ist nothwendig, dass derselbe der strengen Indication für den chirurgischen Eingriff eingedenk ist, sobald ernstliche peritonitische Complicationen auf eine Desintegration der Gallenblasenwand hinweisen. Die Schwere des Krankheitsbildes ist in solchen Fällen naturgemäss eine sehr verschiedene. Sie wird bestimmt durch das Maass von Infection, welche der Ausdehnung des destructiven Processes und der Dignität des toxischen Agens parallel geht. Wir befinden uns hier in Bezug auf die Indication in einer ähnlichen Lage, wie gegenüber den entzündlichen Veränderungen des Wurmfortsatzes. Von den schwersten Fällen mit perforativen Vorgängen und consecutiver septischer Peritonitis bis zu den Fällen, welche eine expectative Behandlung durchaus gestatten, ja sogar einer spontanen Rückbildung fähig sind, giebt es alle möglichen Abstufungen, und es wird der genauen Abwägung aller in Betracht kommenden Eigenthümlichkeiten des Falles vorbehalten sein, in Bezug auf die unmittelbare Nothwendigkeit des chirurgischen Handelns den Ausschlag zu geben.

Auffallend ist es, wie gelegentlich bei Patienten, welche niemals in dem Verdacht gestanden hatten, die Inhaber von Gallensteinen zu sein, höchstens vielleicht an „Dyspepsie" oder „Magenkrämpfen" gelitten hatten, gelegentlich einer durch acute Entzündung veranlassten Cholecystotomie ganz enorme Gallensteine gefunden werden. So entfernte ich im vorigen Jahre einen Stein von Hühnerei-Grösse und bei zwei anderen Patienten einen solchen von Taubenei-Grösse und darüber, ohne dass jemals vorher die behandelnden Aerzte die Anwesenheit eines Gallensteines für wahrscheinlich gehalten hatten. Gerade diese solitären grossen Steine sind naturgemäss ja auch am wenigsten zu Wanderungen und Einklemmungen disponirt und werden, sobald sie eine gewisse Grösse erreicht haben, das typische Bild der Gallensteinkolik mit Gallenstauung in der Leber deshalb nicht leicht veranlassen, weil sie vermöge ihrer Grösse die enge Lichtung des ductus cysticus nicht passiren können. Wir finden ja allerdings gelegentlich auch grosse Steine im ductus choledochus, aber es liegt wohl nahe anzu-

nehmen, dass diese grösseren Steine in die tieferen Gallenwege gerathen konnten, weil dieselben infolge der Einkeilung kleinerer, ihnen vorausgehender bereits dilatirt waren. Die grösseren Steine, welche ich im ductus choledochus gefunden habe, waren fast alle multiple Steine. Auch ist es ja erwiesen, dass bei längerem Aufenthalt im ductus choledochus die Steine an Volumen zunehmen können.

Leider habe ich das Unglück gehabt, drei meiner Patienten, welche bereits in hohem Grade cholaemisch waren, infolge von Blutungen zu verlieren. Ich schlage daher diese Gefahr bei Patienten, welche seit langer Zeit an schwerer Gelbsucht leiden, sehr hoch an, und entschliesse mich in solchen Fällen, namentlich wenn bereits Neigung zu Blutungen an anderen Körperstellen sich bemerkbar gemacht hat, nicht leicht zur Operation. Meine erste Patientin, welche an einem Carcinom des Pancreas und Gallenstein litt und bei welcher die Leber bereits hochgradig krankhaft verändert war, verlor ich infolge von unstillbaren capillären Nachblutungen von der Wand der sehr dilatirten Gallenblase und wahrscheinlich der Oberfläche des intrahepatischen Gallenblasengangsystems. Die zweite Patientin war ein junges Mädchen anfangs der Zwanziger, welches seit einer Reihe von Monaten tief ikterisch gewesen war und bei welchem die Eröffnung der Gallenblase und des ductus choledochus ohne besondere Schwierigkeit ausgeführt wurde. Dieselbe ging am sechsten Tage infolge einer intra-abdominalen Blutung zu Grunde, welche wahrscheinlich den grössten Theil der Nacht über angedauert hatte, ohne dass der Wärterin etwas Besonderes bei der Patientin aufgefallen war. Bei der dritten Patientin, einer älteren Frau von über 60 Jahren mit Gallenstein in der Gallenblase und dem ductus choledochus und einer derben Anschwellung des Pancreaskopfes, welche ich für eine maligne Neubildung hielt, legte ich eine Anastomose zwischen Gallenblase und Dickdarm mittels des Murphy'schen Knopfes an, liess aber die Gallenblase nach aussen hin offen, da mir schon während der Operation die Neigung zur Blutung bedenklich erschienen war. Im Laufe der Nachbehandlung stellten sich wiederholt kleine Blutungen ein, welche stets durch Tamponade der Gallenblase

controllirt wurden. Mit der Abstossung des Murphy-Knopfes am Ende der zweiten Woche bekam Patientin jedoch eine ernstere Blutung von der Darmwand aus und ging infolgedessen wenige Tage später an Entkräftung zu Grunde.

Es liegt in solchen Erfahrungen gewiss die Mahnung, dass man in Fällen von Gallenstauung den operativen Eingriff nicht so lange verschieben sollte, bis durch den cholämischen Zustand dieser bedenklichen Gefahr Vorschub geleistet wird.

An den Fällen von Tumoren der Gallenwege, welche mir bisher zur Beobachtung kamen, habe ich im Ganzen wenig Freude gehabt. Eine radikale Entfernung derselben war in keinem Falle thunlich, und in der Regel musste man nach Entfernung von mehr oder weniger stattlichen Gallensteinen, welche man für die alleinige Ursache des Leidens hielt, die unliebsame Erfahrung machen, dass ein viel ernsteres Leiden dahinter steckte und einer erfolgreichen chirurgischen Behandlung unzugänglich war. Einmal ist mir ein Carcinom der porta hepatis aufgestossen, welches den ductus hepaticus obstruirt hatte. Ich schob ein dünnes Drain durch die maligne Strictur hindurch und erreichte vorübergehend eine Drainage der Galle, doch erlag der Patient nach relativ kurzer Zeit einem zunehmenden Schwächezustand. In einem zweiten Falle entfernte ich eine mit Gallensteinen vollgepfropfte und vollständig verkalkte Gallenblase, welche aus ihren Verwachsungen mühsam herauszuschälen war und sich schliesslich in der Gegend des ductus cysticus von einem bröckligen Gewebe ablöste. Es stellte sich heraus, dass dies ein Carcinom des ductus cysticus war, welches nach etwa sechs Monaten unter zunehmender Cachexie und schwerem Ikterus dem Leben der bis zu einem unheimlichen Skelett abgemagerten Patientin ein Ende machte. In einem dritten Falle wucherte aus dem Grunde einer Gallenblase, aus welcher ich eine Anzahl ausnahmsweise grosser Steine entfernt hatte, im zweiten Monat nach der Operation eine üppige Geschwulst hervor, welche sich als Sarkom erwies, und von deren radikaler Entfernung ich nach einem vergeblichen Versuch dazu Abstand nehmen musste. Die Patientin erlag gleichfalls nach monatelangem, schwerem Siechthum ihren qualvollen Leiden.

In Bezug auf die sehr interessante und beachtenswerthe Beobachtung von Riedel, wonach bei Cholelithiasis unter Umständen eine, maligne Degeneration vortäuschende Anschwellung des Pancreaskropfes stattfinden kann, welche nach Entfernung der Steine der Rückbildung wieder zugänglich ist, bin ich nicht in der Lage, einen Beitrag liefern zu können. In einem Fall von Cholecyst-Enterostomie wegen Pancreas-Carcinom, welche nach etwa $\frac{3}{4}$ Jahren letal endigte, konnte ich mich durch die Autopsie überzeugen, dass die Diagnose richtig gestellt war. In den übrigen Fällen von Pancreas-Carcinom, welche ich als solche gelegentlich chirurgischer Eingriffe diagnosticirt hatte, habe ich leider nicht Gelegenheit gehabt, mich durch die Autopsie davon zu überzeugen, ob eine entzündliche Veränderung die Ursache der abnormen Verdickung und Resistenz des Pancreaskropfes war. Dagegen gab mir in Bezug auf einen Fall, welchen ich für eine maligne Geschwulst des Duodenums ansprach, die Autopsie eine ganz überraschende und unerwartete Aufklärung. Es handelte sich da um einen Mann von etwa 50 Jahren, welcher durch körperliche und geistige Strapazen stark heruntergekommen war. Derselbe wurde mir mit der Diagnose Carcinoma pylori zugeschickt. In der That hatte er seit längerer Zeit fast alles erbrochen, was er an Nahrung zu sich genommen hatte. Doch war es auf den ersten Blick auffällig, dass dem Erbrochenen regelmässig reichlich Galle beigemischt war. Der Patient war sehr wenig ikterisch und sein Stuhlgang war nicht wesentlich entfärbt; auch enthielt der Urin wenig Gallenfarbstoff. Die physikalischen Symptome und die Beschaffenheit seines Pulses rechtfertigten die Annahme eines stark geschwächten Herzmuskels. In diesem Fall gelangte ich nach mühsamer Lösung ausgedehnter Adhäsionen zu einer kaum muskatnussgrossen, vollständig geschrumpften Gallenblase, welche dem ductus choledochus unmittelbar aufzusitzen schien. Das Duodenum war von starken Narbenmassen überbrückt, welche ich, so gut es ging, zu trennen versuchte. Es blieb aber dann noch eine umfängliche Härte zurück, durch welche das Duodenum fest gegen die Wirbelsäule angelöthet schien. Ich hielt dieselbe für eine maligne Neubildung und legte noch eine Gastro-entero-

stomie an, um das mechanische Hinderniss im Duodenum auszuscheiden. Der Patient überstand die Operation verhältnissmässig sehr gut, kam vollständig zum Bewusstsein und fühlte sich relativ wohl, bis ungefähr zehn Stunden nach der Operation eine durch Stimulantien nicht mehr zu hebende Schwäche der Herzthätigkeit einsetzte und unter allmählicher Steigerung wenige Stunden später den Tod zur Folge hatte. Die Autopsie ergab, dass jene Härte keine maligne Neubildung war, sondern ein Conglomerat von Gallensteinen, welche den ductus choledochus zerstört und sich hinter das Duodenum gewühlt hatten. Eine Anzahl von siebförmigen Oeffnungen dienten jedenfalls als Austrittspunkte für die Galle, während die Papilla Vateri nicht mehr aufzufinden war. Die Constriction des Duodenums infolge der starken Narbenbildung und Schrumpfung war dann eine so hochgradige geworden, dass der grösste Theil der nach dem Duodenum ausströmenden Galle seinen Weg durch den Pylorus in den Magen nehmen musste und im übrigen alle Erscheinungen der Pylorus-Stenose zu Stande kamen. Ich möchte daran erinnern, dass Naunyn in seinem klassischen Werke über die Klinik der Gallenkrankheit einen von ihm beobachteten Fall erwähnt, in welchem Miculicz statt des erwarteten Pylorus-Carcinoms einen grossen Gallenstein als Ursache der Obstruction auffand und durch eine glückliche Operation vollständige Heilung des Patienten erzielte.

Von meinen Fällen von Choledochotomie zur Entfernung von Gallensteinen sind zwei insofern klinisch interessant, als die betreffenden Patienten trotz zweifellos bereits bestehender, schwer consecutiver Erkrankung der Leber nach glücklicher Entfernung der Steine anscheinend vollständig gesund geworden sind. Der eine dieser Fälle betrifft die Frau eines Kollegen, welche etwa vier Monate nach einem mehrere Wochen dauerndem typischen Gallenstein-Anfall von Neuem unter den allerschwersten Erscheinungen mit sehr hohem Fieber ganz acut erkrankte. Ich sah sie etwa zehn Tage später in ausgesprochen septischem Zustande. Sie hatte mehrfach Schüttelfröste gehabt und Temperaturen bis 106 Grad und darüber; keine Peritonitis; die Gallenblase war stark dilatirt. In die-

sem Falle machte ich schleunigst die Cholecystotomie zur Beseitigung der Gallenretention. Die massenhaft ausströmende Galle war mit Schleim und Eiter reichlich durchsetzt. An eine Beseitigung des Hindernisses im Choledochus war zur Zeit wegen des stark reducirten Zustandes der Patientin nicht zu denken. Ich wagte diese Operation erst etwa drei Wochen später, nachdem ich inzwischen vergeblich auf einen fieberlosen Zustand gewartet hatte. Die Operation verlief glücklich, und die Patientin wurde allmählich reconvalescent. Doch hatte sie noch Monate lang leichte fieberhafte Regungen, welche zweifellos von entzündlichen Vorgängen innerhalb der Gallenwege abhängig waren. Dieselben hörten schliesslich auf, und die Patientin ist seitdem als genesen zu betrachten. Der Stein war ein Solitär von etwa Haselnuss-Grösse, welcher vermuthlich auch schon die erste Obstruction veranlasst und als Kugelventil in der von Fenger angegebenen Weise gewirkt hatte. In dem zweiten Fall wurden mit grösster Mühe Steine aus der geschrumpften, in Adhäsionen eingebetteten Gallenblase und dem ductus choledochus entfernt. Es fand sich ferner ein Stein in der Lebersubstanz, wohin er zweifellos nach Perforation der Gallenblasenwand gerathen war. Diese Patientin hat nach der glücklich ausgeführten Entfernung der Gallensteine noch lange Zeit gefiebert, sogar hie und da Schüttelfröste gehabt, welche mir die Befürchtung von Leberabscessen nahe legten. Auch sie ist aber schliesslich gesund geworden, hat sich nach einer Kur in Carlsbad sehr erholt und würde wahrscheinlich frei von Beschwerden sein, wenn sie nicht gleichzeitig ein chronisches Uterus- und Ovarial-Leiden aufzuweisen hätte. Ein weiterer Fall von Cholecysto-Cystico-Choledochotomie ist deshalb interessant, weil ich genöthigt war, ausser der Gallenblase den ductus cysticus an zwei verschiedenen Stellen und schliesslich den ductus choledochus zu eröffnen. In diesem Falle bestand im Bereich des ductus cysticus die Schwierigkeit darin, dass eine Anzahl kleiner Steine sich hinter den unregelmässigen Falten-Vorsprüngen des ductus cysticus gefangen hatten und auf keine andere Weise entfernt werden konnten, als dass direkt auf sie incidirt wurde. Es gelang übrigens auch nicht vermittelst einer Sonde

die Falten-Vorsprünge so zu passiren, dass man von einer Sondirung des ductus cysticus hätte reden können. Das Concrement im ductus choledochus wich vor meinen Bemühungen es zu fassen, gegen das Duodenum hin aus und glitt schliesslich in den Darm hinein. Die Operation war auch deshalb besonders schwierig, weil es sich um eine kurz gebaute fette Person handelte, bei welcher eine grosse dicke Leber weit über den Rippenrand herabreichte und die grossen Gallengänge schwer überlagerte. Hier erwies sich eine ausgiebige Resection der Rippenknorpel als ganz besonders erspriesslich. Es wurde nach gehöriger Erweiterung der Bauchwunde möglich, fast ein Drittel der Leber zur Bauchhöhle herauszuluxiren, auf diese Weise die grossen Gallengänge zu strecken und den chirurgischen Maassnahmen in relativ bequemer Weise zugänglich zu machen. In einem weiteren glücklich verlaufenen Fall von Choledochotomie gelang die Entfernung einer Anzahl grosser, schön geformter kubischer Steine relativ bequem, weil die Patientin eine magere Frau mit flachem Thorax war, während ich in einem anderen Falle, bei dem aus der Gallenblase über 200 Steine entfernt waren, von der Entfernung der Steine in dem ductus choledochus Abstand zu nehmen für gut fand. Die Frau war enorm fett und hochgradig geschwächt, und ich fürchtete die lang dauernde Operation und schritt deshalb zur Anlegung einer Anastomose zwischen Gallenblase und Duodenum mit Hilfe des Murphy-Knopfes. Leider passirte mir dabei das Malheur, dass ich mit einer zu derben Klemmzange die dünne Metallröhre der Murphy-Knopfhälften gefasst hatte. Dieselbe wurde dadurch so verbogen, dass ein Schliessen des Knopfes nicht möglich war. Es blieb mir nichts übrig, als die Operation mittels der Naht zu beschliessen, was bei der enormen Tieflage der Theile eine ausserordentlich mühsame Operation war. Die Patientin befindet sich noch in Behandlung in der dritten Woche nach der Operation und giebt die besten Aussichten auf Genesung. Ich habe mich in diesem Falle durch Punktion der genähten und mit einem grossen Theile ihres Scheitels gegen das Peritoneum fixirten Gallenblase davon zu überzeugen gesucht, ob Darminhalt durch die Anastomose in die Gallenblase hinein geräth, und habe aller-

dings die aspirirte Galle reichlich mit kleinen Partikelchen gemischt gefunden, welche zweifellos aus dem Darm stammten, z. B. Milchkrümelchen. Auf das Allgemeinbefinden der Patientin hat dies anscheinend durchaus keinen ungünstigen Einfluss, und wahrscheinlich wird früher oder später ein Ausgleich im Sinne eines gleichmässigen Stroms von Galle nach dem Darm zu stattfinden. Erst vor drei Tagen operirt, aber anscheinend ausser Gefahr ist ein Fall von Empyem der Gallenblase durch Steine mit Obstruction des Choledochus. Ein Stein war gegen die porta hepatis hin verschoben und wurde anscheinend aus dem Hepaticus excidirt. Die Patientin war gross und fett. Die Rippenknorpelresection war bei dem Hochstand der Leber unerlässlich.

Im allgemeinen resultirt aus meinen praktischen Erfahrungen im Laufe der Jahre in Bezug auf den Standpunkt der ärztlichen Welt gegenüber der Nothwendigkeit chirurgischer Eingriffe an der Gallenblase insofern ein interessanter Rückschluss, als es unverkennbar ist, in welchem Maasse auf Grund der chirurgischen Fortschritte auf diesem Gebiete die praktischen Aerzte chirurgische Indication in den Bereich ihrer Erwägungen ziehen. Während mir in den ersten zehn Jahren meines Hierseins fast nur die desolatesten Fälle unterbreitet wurden, in denen häufig schon die allerschwersten secundären Leberveränderungen, nicht selten multiple Abscesse in der Leber vorlagen und im allgemeinen die Resultate meiner chirurgischen Bemühungen an den Gallenwegen nichts weniger als ermuthigend waren, kann ich nach meinen Erfahrungen in der zweiten Decade infolge der öfteren Gelegenheit, rechtzeitig einzugreifen, die Sphäre der Gallenchirurgie als eine erhebliche Erweiterung unserer chirurgischen Leistungsfähigkeit ansehen. Ich könnte Ihnen von einer grösseren fortlaufenden Reihe glücklich verlaufener Fälle erzählen, wenn ich die Ueberzeugung hätte, dass damit Ihnen etwas besonders Interessantes oder von dem allgemein Erreichten Abweichendes geboten würde. Aus einer grösseren Zahl von Cholecystotomieen, welche ich wegen acut entzündlicher Processe vorzunehmen hatte, möchte ich jedoch einige wenige hervorheben. Zunächst einen, bei welchem ich mich einige Jahre nach der Operation davon über-

zeugen konnte, dass vermuthlich infolge des Ausfalls von Gallenblasenwand mit der Zeit eine so hochgradige Strictur der Gallenblase entstanden war, dass die beiden in Form einer Sanduhr neben einander gelagerten Abtheilungen nur durch einen rabenfederkieldicken, kurzen Kanal mit einander communicirten. Bei dieser Patientin war die zweite Operation veranlasst worden durch eine akute Nekrose eines Stückes Netz, welches sich in einer Lücke der tiefsten Schichten der Bauchwandnarbe strangulirt hatte und der Gallenblase unmittelbar aufsass. Es war vollständig nekrotisch geworden und vereitert, und ich eröffnete bei seiner Entfernung die mit dem Herd verlöthete Gallenblase. Es entleerte sich nach Erweiterung des engen Verbindungskanals aus dem tieferen Sack eine grosse Masse eingedickter Galle und reichlichen Schleims. Ein Recidiv der Steinkrankheit war jedoch nicht vorhanden. Es sollte mich nicht wundern, wenn in einigen anderen meiner Fälle, in welchen die Gallenblase ausgiebig zerstört war, mit der Zeit ähnliche abnorme Zustände Platz greifen sollten, und ich würde es für wünschenswerth halten, in analogen Fällen das ganze Organ zu entfernen, um derartige Vorkommnisse zu verhüten. Indess glaube ich nicht, dass dieses häufig zulässig sein wird, weil in solchen Fällen die Kranken meist in einem so bedenklichen Zustand sind, dass man sich schwer dazu entschliessen wird, ihnen eine Operation zu bieten, welcher, abgesehen von der Verlängerung des operativen Aktes, das Bedenken anhaftet, dass durch die längere Handhabung septisch inficirter Gewebepartieen sehr leicht die Infection in der Nachbarschaft weiter verbreitet werden könnte. Zur Exstirpation der Gallenblase glaubte ich überhaupt nur in sehr wenig Fällen die Indication zu finden. In dem einen Fall handelte es sich um eine enorm verdickte, mit Steinen gefüllte Gallenblase, in deren Wand bereits Abscesse vorhanden waren. Die Patientin genas anscheinend vollkommen, theilte mir aber mehrere Jahre später mit, dass sie von neuem einen schweren Icterus mit unerträglichem Hautjucken und fieberhaftem Allgemeinbefinden hätte durchmachen müssen. Zweifellos war es hier zur Steinbildung innerhalb des ductus hepaticus oder choledochus gekommen. In einem zweiten Falle exstirpirte

ich die Gallenblase aus dem Grunde, weil ich annahm, dass kolikartige Anfälle, welche den Patienten seit Jahren gepeinigt hatten, durch derbe, ausgedehnte Verwachsungen zwischen Duodenum und Gallenblase unterhalten würden. Die Operation hatte jedoch nicht den erwarteten Erfolg, und der Patient hat seine Anfälle, allerdings in etwas geringerem Maasse, beibehalten. Ich lasse es dahingestellt, ob vielleicht Adhäsionen, welche auch noch anderweitig innerhalb des Bauchraumes zwischen den Därmen bestanden, hieran Schuld waren. Der Patient hatte bei der angeführten Operation eine so über alle Maassen schlechte Narcose, dass ich davon Abstand nahm, noch weiter in seinem Bauchraum herum zu arbeiten. Er war ein Riese von Gestalt, und seine Leber stand hoch, von den Rippenknorpeln überragt, deren Resection überhaupt erst einigermassen den Zugang zur Tiefe ermöglichte. Eine derbe circumscripte Härte konnte ich bei ihm vor der Wirbelsäule und hinter dem Duodenum fühlen. Ich bin geneigt anzunehmen, dass dieselbe auf einen aus dem ductus choledochus herausgeeiterten und hinter dem Duodenum verborgenen Stein zurückzuführen ist, da die Vorgeschichte des Patienten entschieden auf Gallensteinleiden hindeutete. Ein chirurgisches Angreifen dieses Punktes gehörte wegen der enormen Tiefe und Unzugänglichkeit der Theile und der schlechten Aethernarcose des Patienten (Chloroform vertrug er gar nicht) für mich zu den technischen Unmöglichkeiten. Uebrigens ist das Allgemeinbefinden, abgesehen von den Schmerzanfällen, auch heute noch, d. h. mehrere Jahre nach der Operation, ein durchaus gutes. Im Verlauf der Zeit werde ich vermuthlich Gelegenheit haben, darüber belehrt zu werden, inwieweit enorme Verdickungen der Gallenblasenwand, wie ich sie in einer Anzahl meiner Fälle von Cholecystotomie gefunden habe, zu etwaigen weiteren Störungen Veranlassung geben können. An sich möchte ich glauben, dass solche Fälle, sofern nicht tiefere Läsionen der Gallenblasenwand vorhanden sind, für Cholecystektomie keine Indication geben und dass die Gallenblase nach Entfernung der Steine bis zu einem gewissen Grad jedenfalls der Rückbildung zu normaleren Verhältnissen zugänglich ist.

Dass der Gallenstein nach seinem Eintritt in den Darm gelegentlich Gesundheit und Leben noch ernstlich bedrohen kann, ist eine bekannte klinische Thatsache. Sie sehen hier einen schönen wallnussgrossen, reinen Cholestearinstein, welcher bei einer älteren Dame Ileus und Peritonitis veranlasst hatte. Die Patientin starb trotz glatter Operation etwa acht Stunden später an Collaps. Warum ein solcher Stein Ileus und Peritonitis veranlasst, während ein Murphy-Knopf ohne Schwierigkeiten abgeht, ist mir nicht recht klar. Vermuthlich hatte sich an diesem Stein ein schon vorher nicht gesunder Darm müde gearbeitet.

Ich zeige Ihnen ferner diesen etwas über erbsengrossen Stein, welcher durch Läsion der hinteren Wand des horizontalen Theiles des Duodenum Perforation und septische Peritonitis erzeugt hatte. Der Patient wurde zum Glück noch rechtzeitig laparotomirt. Nach einigem vergeblichen Bemühen, den Ausgangspunkt der Entzündung zu finden, kam ich auf einen gangraenösen Fleck von etwa drei Ctm. Durchmesser vor der Wirbelsäule unmittelbar unter dem Duodenum. Nach einer Woche wurde der dicke Gewebeschorf abgetragen, es kam zu vorübergehendem Austritt von Darminhalt und am 13. Tage nach der Operation schaute unter dem Rande des Duodenum die Spitze dieses Steines hervor, welchen ich zu meiner grossen Befriedigung nun mühelos entfernen konnte. Natürlich war die Peritonealhöhle nach der Operation möglichst weit offen gelassen. Der Patient ist jetzt als genesen zu betrachten und aus der Klinik bereits entlassen.

Lassen Sie mich, m. H., zum Schluss noch der Hoffnung Ausdruck geben, dass auf dem Gebiete der Gallenchirurgie, welches man als ein Grenzgebiet der inneren und chirurgischen Medizin betrachten kann, der innere Arzt und Chirurg sich allmählich immer mehr und mehr verstehen werden und dass diejenigen Fälle immer seltener werden, in denen durch Verpassen des rechtzeitigen Augenblicks für die chirurgische Hilfe, Gesundheit und Leben des Patienten gefährdet sind.

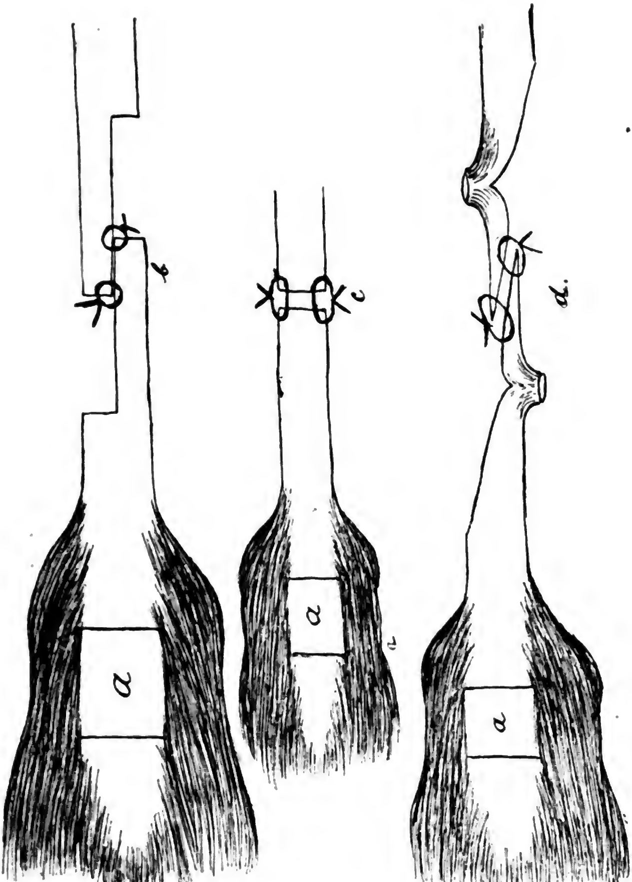
Ich bitte Sie, m. H., an meinen Vortrag, welcher lediglich die Eindrücke aus meiner Praxis wiedergibt, nicht den Maassstab strenger Wissenschaftlichkeit anzulegen. Es war mir eine

schmeichelhafte und ehrende Einladung, vor dieser gelehrten Gesellschaft ein Thema behandeln zu dürfen, und trotzdem ich mich dieser Aufgabe nicht gewachsen fühlte, habe ich mich bemüht, ihr gerecht zu werden, hauptsächlich in dem wohlthuenden Gefühl, an einer Stelle gehört zu werden, wo man in selbstloser und hingebender Weise die Wissenschaft pflegt und doch für die Gesichtspunkte des praktischen Arztes empfänglich ist und einen gerechten Maassstab hat. Ich danke Ihnen im voraus für Ihre freundliche Nachsicht und danke Ihnen nochmals für die Ehre, welche Sie mir durch Ihre Einladung zu einem Vortrag in Ihrer Gesellschaft erwiesen haben.

II.

Der intra-muskuläre Sehnenschnitt behufs Verlängerung von Sehnen.

Im Jahre 1882 veröffentlichte ich in den "Philadelphia Medical News" eine Methode zur Verlängerung von Sehnen, welche mir in einer Anzahl von Fällen sehr gute Dienste geleistet hat, indess nicht die Aufnahme gefunden zu haben scheint, welche sie verdienen dürfte. Dieselbe besteht im wesentlichen darin, dass man die Sehne an der Stelle quer durchschneidet, wo sie seitlich bereits mit fleischigen Muskeltheilen in Berührung ist. Bekanntlich reicht bei den doppelt und einfach gefiederten Muskeln die Sehne eine ganze Strecke weit in die Muskelsubstanz hinein. Ich habe zum ersten Male bei einem Fall von veralteter Ruptur des quadriceps femoris diese Schnittführung angewandt und sie dann späterhin namentlich an den Flexoren und Extensoren der Hand zu wiederholten Malen und mit bestem Erfolg geübt. Die damit erreichbare Verlängerung ist allerdings keine sehr grosse, und ich habe in der Mehrzahl der Fälle darin eine Ergänzung angestrebt, wenn ich durch treppenförmige Plastik an der Sehne oder durch die Verlängerung mittels Lappenschnitts keinen genügenden Ausschlag erzielte.



Schema für den intramuskulären Sehnenschnitt.

a. Diastase der intramuskulären Sehnenenden.
1. Combination mit treppenförmiger Plastik b bei Contractur.
2. Ohne Plastik an der Sehne selber. Naht bei c.
3. Lappenplastik mit Naht bei d.

Die Technik ist eine verhältnissmässig sehr einfache. Man legt durch einen Längsschnitt die untersten Enden der Muskelbäuche bloss und differenzirt durch Zug an den Sehnen diejenigen, welche für die Operation in Betracht kommen. Die Dehnung der Fleischmasse muss sehr langsam und allmählich vorgenommen werden, um eine Ruptur zu verhüten. In einem jüngst zur Beobachtung gekommenen Fall, in welchem bei einem Kind von drei Jahren die beiden Flexorensehnen des Mittelfingers in der Hohlhand durchschnitten waren und man drei bis vier Wochen vorher ohne Erfolg die Vereinigung der Sehnenenden versucht hatte, kam ich mit der erwähnten Plastik allein sehr gut aus, obwohl die Diastase der Sehnenenden ungefähr ein Zoll betrug. Es war dies deshalb sehr angenehm, weil bei der geringen Masse der kindlichen Sehnen eine Lappenplastik diesen selber eine unsichere Sache ist und die Naht selbst bei nichtgespaltener Sehne schon eine etwas difficile Technik erfordert. Ein besonders befriedigendes Resultat lieferte mir in einem Fall von Contractur sämmtlicher Flexorensehnen der Finger die Methode in Combination mit einer treppenförmigen Plastik an den Sehnen selber, welche ich in erster Linie ausführte, um dann angesichts der zu starken Spannung den intramuskulären Sehnenschnitt hinzuzufügen. Diese Operation wurde vor etwa zehn Jahren gleichfalls im Deutschen Hospital hierselbst ausgeführt.

III.

Blasenscheidenfistel von aussergewöhnlicher Grösse und mit seltenen Complicationen.

Frau L., eine 24jährige Primipara, war am 18. November 1895 unter grosser Schwierigkeit mit der Zange von einem lebenden und stark entwickelten Kinde entbunden worden. Es hatte sich dem Geburtsakt unmittelbar eine vollständige incontinentia urinae angeschlossen, und als ich die Patientin zehn Wochen später in Consultation sah, boten sich folgende krankhafte Veränderungen dar: Die Blase lag vollständig invertirt vor den äusseren Genitalien, und nachdem man die Patientin in die Knie-Ellenbogen-Lage gebracht hatte und die Blase in ihre ursprüngliche Lage zurückgesunken war, ergab eine genaue Untersuchung folgenden Befund: eine deutliche Diastase der Symphyse von der Schätzung nach etwa zwei cm., einen gewaltigen Defekt in der Blasenscheidewand derart, dass man mühelos vier Finger hineinschieben konnte. Derselbe verlief von der Symphyse und dem rechten absteigenden Schambeinast schräg nach links hinten bis über die Kante des Uterus hinaus. Die Clitoris und Urethra waren von ihrer normalen Anhaftungsstelle nach abwärts dislocirt derart, dass die Mündung der Urethra sich rechts unmittelbar neben der Verbindungsstelle des absteigenden Scham- und aufsteigenden Sitz-Bein-Astes befand. Der Uterus war bis hoch hinauf in die Gegend des orificium internum aufgerissen, und zwar längs seiner linken Kante, und die vordere Muttermundslippe war derartig verzerrt und gedehnt, dass ihre losgerissene linke Spitze mit dem rechten absteigenden Schambeinast dicht unterhalb der Symphyse in fast unmittelbarer Verbindung stand. Somit wurde der grösste Theil der rechtsseitigen Begrenzung des Defekts von dem gespaltenen unteren Theil des Uterus gebildet. Gegen die Symphyse und den linken Schambeinast waren die Ränder der Blase durch eine breite, dem Knochen aufs innigste anhaftende Narbe fixirt. Der Riss verlief zweifellos hinter dem

Blasenhals noch eine Strecke weit auf die Vorderfläche der Blase, und der grösste Theil der vorderen Scheidenwand musste zu Grunde gegangen sein, worauf eine Anzahl von fistulösen, durch narbige Brücken von einander getrennten Oeffnungen hinwiesen, welche hinter dem Blasenhals nach der Scheide zu mit einiger Mühe zu finden waren. Meine Bemühungen, die Ureteren-Mündungen aufzusuchen, blieben erfolglos. Die Oberfläche der Blasenschleimhaut war in der Nähe der Umrandung des Defekts so papillar verändert, dass der von den Ureteren kommende Urin sich zwischen den Palpillen merklos verlief und die Ureteren-Mündungen vollständig verdeckt wurden. Die ganze Gegend des Introitus, die Umgebung des Afters und die Nates waren infolge der beständigen Benetzung mit dem ätzenden Urin hochgradig ekzematös und excoriirt, und es bedurfte einer sorgsamen Vorbereitung, um die Theile überhaupt in eine für die Operation einigermassen günstige Beschaffenheit zu bringen.

Ich operirte behufs Schliessung des Defekts in folgender Weise: Zunächst machte ich einen bogenförmigen Schnitt mit der Convexität nach der Symphyse gerichtet, welcher die labia minora vollständig umkreiste und an der inneren Umrandung der labia majora bis auf den Knochen geführt wurde. Präparirend wurde dann die narbige Anheftung der Blase gegen die Symphyse und die Schambeine gelöst und durch Fortsetzung des Schnittes in den prävesicalen Raum die vordere Wand der Blase in ausgiebiger Weise abgelöst und beweglich gemacht. Sodann trennte ich die vordere Muttermundslippe aus ihren abnormen Verbindungen, präparirte die Blase von der vorderen Uterusfläche ab und vereinigte zunächst den Cervix vom orificium internum nach abwärts mit drei Silkworm-Suturen. Sodann spaltete ich die narbigen Brücken, welche zwischen den fistulösen Oeffnungen hinter dem Blasenhals gegen die Vagina hin bestanden, und excidirte die narbigen Ränder bis in das dem Gefühl nach gesunde Gewebe. Es folgte dann eine Trennung der Blasenwand von dem Rest der Vaginal-Wand durch horizontal geführte Schnitte, sodass diese beiden Schichten möglichst gegeneinander verschieblich wurden. Darauf excidirte ich die

breite narbige Partie, welche die Blasenränder an den Beckenbogen fixirt hatten, und erhielt auf diese Weise einen doppelt gestielten Lappen, welcher die beiden Nymphen und die Clitoris enthielt. Nunmehr wurden nach sorgfältiger Anfrischung der Ränder überall da, wo Narbengewebe in einer die Heilung voraussichtlich störenden Mächtigkeit vorlag, die Vereinigung der mobil gewordenen Wundränder in der Art vorgenommen, dass die Nahtlinie von links hinten neben dem Uterus nach rechts vorn gegen den absteigenden rechten Schambeinast hin verlief. An der Vorderfläche der Blase, wo der Substanzverlust sehr gross gewesen sein musste, war dies nicht ohne einen leichten Grad von Spannung möglich, und hier wurde nun als Stützgewebe für die Nahtlinie der zweibrückige Lappen, welcher die kleinen Labien enthielt, über die Nahtlinie derart angehaftet, dass die Clitoris hoch oben hinter die Symphyse zu liegen kam. Als Stützgewebe für den unteren Theil benützte ich die lospräparirte Schleimhaut der Scheide in ihrer rechten Hälfte, indem ich dieselbe stark nach links hinüberzog. Der weit klaffende prävesicale Raum wurde locker mit Jodoformgauze tamponirt, ebenso die Scheide, und ein Dauerkatheter eingelegt, welcher mittels einer Silkwormnaht im Scheideneingang fixirt war. Die Heilung erfolgte in schönster Weise, und nur etwa zwei bis drei Tage gegen das Ende der zweiten Woche leckte die Blase an der vorderen Fläche, wo der bogenförmige Lappen über die Nahtlinie gelegt war. Am Ende der dritten Woche wurde der Dauerkatheter permanent entfernt, und die Patientin hatte von Stund an vollständige Continenz. Die Function der Blase und die Qualität des Urins besserten sich sehr schnell, sodass nach ungefähr fünf Wochen die Patientin bereits sechs bis acht Stunden den Urin zu halten vermochte und eines ungestörten Schlafes genoss. Die Veränderungen im Bereich der Genitalien sind allerdings recht groteske. Die vordere Scheidenwand ist nicht länger als höchstens einen Zoll, der Uterus ist vollständig retrovertirt und war übrigens in dieser Lage schon vor der Operation durch feste Adhäsionen fixirt. Ich möchte noch bemerken, dass sich bei der Blosslegung der Schambeine ergab, dass beiderseits eine Läsion dieser Knochen, wahrscheinlich

in Form einer Fraktur, stattgefunden haben musste, wenigstens sprach dafür eine beiderseits vorhandene lineäre, durch Osteophyten markirte quer über die Knochen hinziehende Leiste. Das Perineum hatte bei den geburtshelferischen Bemühungen nicht gelitten. Der linke Ureter wurde bei der Anfrischung der linken Umrandung der Fistel blossgelegt. Ich suchte in seiner Nachbarschaft die Nähte so zu legen, dass seine Mündung möglichst nach dem Blaseninnern zu verschoben wurde.

Ich bringe diesen Fall deshalb zur allgemeinen Kenntniss, weil meines Wissens noch niemals der plastische Ersatz in der von mir ausgeführten Weise bewerkstelligt wurde, und um darzuthun, wie wichtig es ist, bei plastischen Operationen eine möglichst zwanglose Vereinigung zu erzielen, an der Stelle aber, wo eine gewisse Spannung sich nicht vermeiden lässt, der Nahtlinie durch einen dieselbe deckenden Lappen eine Stütze zu geben, und die Möglichkeit einer secundären Vereinigung zu bieten.

Leitartikel.

Die Wissenschaft ist international und soll es sein. Insbesondere die Medicin. Solange wir keine Gelehrtensprache haben, resp. keine mehr haben, — denn das Lateinische nahm bis vor nicht zu langer Zeit diese Stelle ein — muss oder soll der gebildete Arzt mehrere Sprachen genügend beherrschen, um der Entwicklung seines Faches folgen zu können. Beim bessern deutschen Durchschnittsarzt ist dies auch der Fall. Englisch und Französisch, zu denen vielleicht in einigen Fällen noch Italienisch kommt, ist der Mehrzahl deutscher Aerzte genügend geläufig, um seinem Interesse an ausländischer medicinischer Literatur nicht hindernd im Wege zu stehen.

Nicht so hier. Nur eine unverhältnissmässig geringe Anzahl amerikanischer Aerzte kennt irgend eine andere als die Landessprache.

Trotzdem nun gerade infolge der völligen Unkenntniss alles Ausländischen eine mögliche Ueberschätzung der eigenen Leistungen nahe liegt, sodass ein gewisser Local-Patriotismus in der Medicin hier vorherrscht — den man bei der Lectüre hiesiger medicinischer Zeitschriften kaum übersehen kann — finden die Buchhändler doch in der Herausgabe von Uebersetzungen (oft autorisirt, oft aber auch nicht!) deutscher medicinischer Werke ihren Profit. Eigentlich entbehrt dies einer gewissen Komik nicht: auf der einen Seite wird auf alles Ausländische, besonders aber germanischen Ursprungs, gelästert oder mit Hohn herabgesehen, andererseits verkaufen sich die Uebersetzungen deutscher medicinischer Werke oft besser wie die vieler einheimischer Propheten.

Solange es sich dabei um Monographien und anderes von ähnlichem Charakter handelt, ist dies begreiflich und gewiss nur erfreulich; denn ein besseres Compliment könnte der deutschen Leistungsfähigkeit und dem hiesigen Geschmacke gar nicht gemacht werden. Aber dies geht noch weiter. Fast alle landläufigen deutschen Handbücher sind in letzter Zeit

übersetzt worden, wie Strümpell, Ziemssen, Billroth-Winiwarter, Tillmann, König, Fuchs, Friedländer.

So erfreulich dies nun einerseits ist, so stellt es doch ein gewisses Armuthszeugniss aus. Denn die Schulbücher — und als solche kann man die oben genannten bezeichnen — sollten doch hier geschrieben werden. Der ganze Lehrgang und die Auffassungsart ist in den beiden Ländern ein derartig grundverschiedener, dass die deutschen Leitfäden sich nicht ohne weiteres hieher verpflanzen lassen. Sollte auf diese Weise freilich die Anschauungsweise und Auffassung von klinischem Unterricht unbemerkt beeinflusst werden, sodass diese Bücher für die hiesigen heranwachsenden Mediciner passen würden, so wäre dies der schönste Triumph deutscher Wissenschaft.

* * *

Die Erwerbsverhältnisse der Aerzte in europäischen Grossstädten scheinen immer schwieriger zu werden. Und Hand in Hand mit dem Verdienst geht auch die Ethik. Wem's an den Kragen geht, hat wenig Verständniss für Ethik und hohe Auffassung seines Standes.

Bezeichnend in dieser Beziehung ist zum Beispiel ein Wiener Brief des Correspondenten für die „Münchn. Med. Wochenschrift" vom 28. April 1896, worin über die Thätigkeit der „Freiwilligen Rettungsgesellschaft" berichtet wird, welche den Ambulanzdienst und die erste Hilfe leistet bei plötzlichen Erkrankungen, wie Vergiftungen, Verletzungen, Selbstmord, etc.

Mit sauersüssem Lobe über die „grossartige Thätigkeit" weist er nach, dass die Hälfte der Fälle, wo rasche Hilfe nöthig war, Nachts vorkamen, zu einer Zeit also, wo es gewiss auch andere Aerzte gegeben hätte, als die von der Gesellschaft fix angestellten, welche unter Umständen sogar gerne intervenirt hätten.

Das Höchste aber leistet der genannte Herr in seinem Brief vom 18. April, wo er über die Anzeigepflicht des Arztes bei Infectionskrankheiten spricht. Er weist darauf hin, dass durch diese Verordnung die praktischen Aerzte Wiens zu unentgeltlichen Schreibgeschäften verpflichtet werden, welche lediglich ein öffentliches Interesse haben.

„Durch die sofortige Anzeige der Genesung resp. des Ablebens eines solchen Kranken werden die städtischen Sanitätsorgane erst in den Stand gesetzt, sofort die entsprechende Desinfection der Wohnung und Utensilien einzuleiten, wodurch allein eine weitere Verbreitung der Krankheitskeime verhütet wird. Der praktische Arzt arbeitet demnach mit an der Wahrung der öffentlichen Gesundheitspflege — unbesoldet und, was noch mehr sagen will, zu seinem eigenen Schaden. Giebt es noch einen zweiten Stand, der sich selbst und mit vollster Erkenntniss der Sachlage die Wurzeln seiner Existenz untergräbt? Ich glaube nicht. Diese unsere Thätigkeit verdiente wohl von der ganzen menschlichen Gesellschaft, zumal aber von den zuständigen Behörden entsprechend gewürdigt zu werden."

Er bedauert also, dass durch Desinfection, etc., die Ausbreitung einer Seuche verhindert werde, welche doch im Interesse des Arztes liege.

Die Verhältnisse mögen bei uns nicht allzu glänzend sein, und die Auffassung des ärztlichen Standes keine so hohe wie in Europa, aber über die Verhütung von Ansteckung durch das Einschreiten der Gesundheitsbehörde haben wir doch noch nie einen Arzt sich wirklich beklagen hören. Zu einer solchen — Höhe der Anschauung haben wir uns hier bislang noch nicht aufgeschwungen.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

17 West 43. Strasse. — Sitzung vom 19. September 1895. — Präsident: Dr. W. Freudenthal.

Vorstellung von Patienten.

Dr. W. Freudenthal stellt eine Patientin vor: Ich möchte kurz diese Patientin vorstellen, bei der man sehr deutlich erkennen kann, wie man eine Anzahl von localen Erkrankungen der oberen Luftwege nicht durch locale, sondern allgemeine Behandlung beseitigen kann. Die Frau kam vor einigen Monaten in die Poliklinik mit fürchterlichen Schmerzen im Pharynx. Local sah man so gut wie nichts. Es war eine leichte Entzündung im Pharynx vorhanden, wie bei vielen anderen Menschen, und etwas Schleim. Die Frau hat einen ausnahmsweise weiten Pharynx, so dass man die Sache sehr leicht sehen kann. Ich konnte mir den Schmerz nicht erklären, bis ich etwas weiter in die Analyse einging. Ich fragte, ob sie sonst Schmerzen im Körper hätte. Gewiss, Gelenkschmerzen. Ich gab ihr antirheumatisch Natrium salicylicum und heisse Bäder, und die Schmerzen verschwanden sehr bald. Während meiner Abwesenheit im Sommer kamen die Schmerzen wieder, und als ich zurückkam, sagte die Frau, sie sei ganz unglücklich, sie habe wieder furchtbare Schmerzen. Das war am letzten Mittwoch. Ich sagte ihr, sie sollte bis zum Sonnabend die Medizin brauchen. Sie hat bis Sonnabend Natrium salicylicum genommen, und die Schmerzen waren vollständig verschwunden. Dies mag dazu beitragen, Ihre Aufmerksamkeit auf allgemeine, namentlich Infections-Krankheiten zu richten, wie sie sehr häufig in den oberen Luftwegen vorhanden sind.

Dr. Max Einhorn: Ich möchte heute etwas besprechen, was neu ist, und einigermassen einen Fortschritt in der Magenanalyse bedeutet. Ich habe Ihnen vor etwa acht Jahren die meisten Reaktionen vorgezeigt, die dazu dienen, um freie Salzsäure im Mageninhalt nachzuweisen. Ich sagte Ihnen damals, dass die Guenzburg'sche Reaction ein grosser Fortschritt war, da sie es ermögliche, einen Nachweis zu führen, dass in einer gewissen Flüssigkeit nur eine Mineralsäure da ist, eine Reaction, die mit organischer Säure nicht zu Stande kommt. Wir haben vorläufig noch keine bessere Reaction in dieser Hinsicht gefunden. Aber es ist in den letzten Jahren eine

Reaction von Toepfer angegeben worden, die es ermöglicht, die quantitative Bestimmung des gesammten Säuregehalts zu machen. Die Substanz, die Toepfer angegeben hat, heisst Dimethyl-Amido-Azobenzol, und wird in halbprozentiger alcoholischer Lösung gebraucht, um einfach nachzuweisen, dass freie Salzsäure da ist. Die Säure giebt eine rothe Färbung. Ich habe hier zum Beispiel ein Mageninhaltsfiltrat. Wenn ich ein wenig davon in ein Gläschen thue und dann mit dem Glasstab eine Spur von der Toepfer'schen Lösung hinzufüge, so werden Sie sehen, dass die Flüssigkeit sich roth färben wird. Nun kann man auch ein Papier mit dem Reagens befeuchten und dann trocknen lassen, und das Papier giebt dieselbe Reaction. Aber ich muss sagen, die Empfindlichkeit des Papiers ist lange nicht so hoch wie die der Flüssigkeit selber.

Was nun die Schärfe dieser Reaction anlangt, so ist dieselbe viel grösser als die der Guenzburg'schen Lösung. Mit Guenzburgs Reaction kann man $\frac{1}{20}$ pro mille Salzsäure nachweisen und mit dieser Lösung hier $\frac{1}{40}$ pro mille; dieselbe ist also doppelt so scharf. Den Vorzug, welchen Guenzburg's Reaction hat, dass Milchsäure und andere organische Säuren vermittels derselben nachweisbar sind, hat diese Substanz nicht, insofern als ziemlich schwache Lösungen Milchsäure schon diese Reaction zu Stande kommen lassen. Toepfer und Friedenwald in Baltimore geben an, dass Milchsäure erst im halben Prozent die Reaction giebt und schwächere Lösungen nicht. Meinen Erfahrungen nach giebt eine 0,1% Milchsäurelösung noch deutliche Reaction. Nun will ich Ihnen zeigen, wie eine Bestimmung der freien Salzsäure und der Gesammtacidität gemacht werden kann.

Ich habe hier zwei ccm. Mageninhaltsfiltrat und füge einen Tropfen Phenophtalin-Lösung hinzu, also den Indicator für irgend welche Säure, welcher dazu dient, die gesammte Säure zu bestimmen. Sie wissen, dass die Flüssigkeit sich nicht färbt, so bald sie sauer ist, sie bleibt weiss. — Wenn ich später eine alkalische Lösung hinzufüge, bis die Säure sich gesättigt hat, so wird die Flüssigkeit roth werden. — Wenn ich nun einen Tropfen des Toepfer'schen Reagens hinzufüge, so wird sie sich schnell roth färben. Ich werde jetzt eine alkalische Lösung hinzuthun, bis die rothe Farbe verschwindet und die Flüssigkeit gelb wird, d. h. bis die freie Salzsäure gesättigt ist. Dann kann man nachsehen, wie viel man von der Lösung gebraucht hat. Nun füge ich von derselben Lösung soviel weiter hinzu, bis sich die Flüssigkeit von gelb nach roth färbt. Das wird dann die Gesammtacidität ausdrücken. Auf diese Weise ist man im Stande auf einmal beides zu bestimmen. Die alkalische Lösung, deren man sich gewöhnlich bedient, ist $^1/_{10}$ normal Natronlauge, (vier Theile Natronlauge auf tausend Wasser) und man kann ablesen, wie viel man nöthig gehabt hat, um zunächst die rothe Farbe der Toepfer'schen Reaction in gelb

umzuwandeln, und wie viel nöthig war, um das gelb in roth umzuwandeln. So hat man also auf einmal beide, die freie Salzsäure und die allgemeine Acidität bestimmt. Dies ist also der Vorzug der Toepfer'schen Reaction. Der Nachtheil ist der, dass sie auch auf Milchsäure reagirt.

Hier habe ich eine einprozentige Lösung von Milchsäure. Ich kann nun eine ziemliche Menge Wasser hinzugiessen, und die rothe Farbe bleibt immer noch, während bei der Guenzburg'schen Lösung keine Reaction da ist. — Hat man jedoch mit der Guenzburg'schen Reaction nachgewiesen, dass freie Salzsäure vorhanden ist, so kann man — da in solchen Fällen Milchsäure entweder ganz fehlt oder nur in Spuren anwesend ist — die mit dem Toepfer'schen Reagens ermittelte Säuremenge auf freies HCl beziehen.

Vortrag von Dr. B. S. Talmey: Das Wesen der Krankheiten und ihre Behandlung.

Discussion:

Dr. Risch: Der Vortrag des Redners hat mich sehr interessirt, denn ich habe selbst vor einiger Zeit, im October vorigen Jahres, in der New York Medical Association einen Vortrag über eine Frage gehalten, die wie ein Triebwerk in die Principien eingreift, welche der Redner heute erklärt hat. Mein Vortrag war: Was ist Fieber? Die Antwort darauf einfach: Fieber ist eine Acceleration des Lebensprocesses, d. h. des retrograden Lebensprocesses, wobei der Körper oxydirt. Der constructive Zustand kann während der Zeit ganz und gar im argen sein und ist es häufig beim Fieber. Der constructive Zustand ist manchmal ganz und gar zunichte. Der Körper wird schnell verbraucht.

Also Fieber ist eine Beschleunigung des Lebensprocesses. Weshalb wird der Lebensprocess beschleunigt? Weil es nöthig ist, eine sogenannte "race" zu machen zwischen diesen Keimen, welche im Körper einen Vorsprung gewonnen haben und dem Lebensprocess, der sich beschleunigen muss, um dem Keimen vorzukommen. Wir wissen, dass diese Keime nicht direkt im Blute sind. Wir wissen, dass die meisten Krankheiten eine gewisse Incubations-Zeit haben, nach welcher sich die Keime im Körper so vermehrt haben, dass durch dieselben und durch die Toxine, welche von den Keimen abgesondert werden, ein genügender Reiz im Körper verursacht wird, um die Beschleunigung des Lebensprocesses zu bewerkstelligen. Das ist also ganz und gar eine mechanische Sache.

Wir wissen aber, dass der Mensch sich beim Fieber nicht wohl befindet. Er hat Kopfschmerzen und befindet sich im ganzen miserabel. Was ihn aber miserabel macht, das ist die grosse Körper-Hitze,

welche das Nervensystem nicht gut vertragen kann. Um einen Beleg für meine Ideen zu haben, gab ich einem jungen Mann, welcher keine Beschäftigung hatte und etwas verdienen wollte, ein $5.00 Goldstück und sagte ihm, er möchte mir den Gefallen thun und seine Füsse vierundzwanzig Stunden lang im Wasser von 110 Grad tem. halten. Der junge Mann that das. Nach 6½ Stunden waren seine Füsse mit Blasen bedeckt. Er versuchte es dann noch. einmal, nachdem seine Füsse vorher geheilt waren. Die Temperatur des Wassers wurde auf 109 Grad heruntergebracht, aber nach ungefähr 10 Stunden waren seine Füsse auch wieder mit Blasen bedeckt. Also was dem Körper schadet beim Fieber, ist die Hitze, die Hyperexie, nicht alle anderen Symptome des Fiebers. Wären die Füsse des jungen Mannes wie Schwämme gewesen, hätte das heisse Wasser eindringen können, dann hätte es mehr Schaden gemacht. Jetzt war aber kühleres Blut in den Füssen, welches die Wirkung herabmindern konnte. Also was wir beim Fieber zu beseitigen haben, ist Hyperexie. Alle anderen Symptome sind dem Körper wohlthätig, und haben wir die Hyperexie beseitigt, so fallen viele Symptome, welche uns nicht behagen, zum Beispiel, dass der Mensch keinen Appetit hat, ganz weg. Der Mensch bekommt den grössten Appetit, wenn die Hitze gemässigt wird. Wenn wir bei Scharlach, Pneumonia die Temperatur auf künstlichem Wege unter 102 halten können, so wird unser Patient auch Appetit haben und die Ganglien des Herzens werden auch unter der Hitze nicht so leiden, dass das Herz schwach wird.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Ich möchte den Vortrag hier nicht passiren lassen, ohne gegen die meisten Ausführungen des Redners zu protestiren. Ich stimme mit den meisten Ausführungen ganz und gar nicht überein. Ich will nicht darüber streiten, ob er die Specialärzte für gut hält. Wir wollen die soziale Frage hier nicht berühren, denn wir hatten ja nur einen wissenschaftlichen Vortrag erwartet. Ich möchte daher nur eine wissenschaftliche Frage beantworten, welche der Vorredner aufgeworfen hat. Er sagt, es ist der Dummheit der Aerzte zuzuschreiben, wenn sie bei Bronchitis, anstatt die Absonderung zu vermehren, Morphin geben. Nun ich weiss, dass ich selbst eine solche Dummheit sehr oft begangen habe, und ich fürchte, ich werde es auch noch weiter thun. Wenn wir den Patienten husten lassen, so werden wir den circulus vitiosus kommen sehen. Durch den Hustenreiz wird die Schleimhaut immer mehr gereizt. Wenn wir aber einmal, wenn es noth thut, ein wirkliches ordentliches Narcoticum geben, dann coupiren wir den Anfall ebenso wie wir Diarrhoe durch Opium coupiren, nachdem der Darm einmal geleert ist. Das halte ich nach meiner Erfahrung für sehr rationell. Zur Entscheidung derartiger Fragen gehört aber ein ganzes Leben

lang. Ich hoffe, der Vortragende wird seine Ansichten ändern, wenn er noch einige Decaden in der Praxis sein wird.

Dr. Talmey: Ich habe zu den Ausführungen des Präsidenten nur zu bemerken, dass ich gar nichts dagegen habe, dass man hier und da Morphium giebt. Ich habe nur hervorgehoben, dass es schlimm ist, dass wir sehr oft sofort damit da sind. Wenn wir sehen, dass ein Patient durch Husten sich wirklich herunterarbeitet und dass das fortwährende Husten immer neue Secretion hervorruft, dann wird jeder dazu greifen, wie auch der Präsident.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Ich habe noch zu berichten, dass während der Ferien ein hervorragender deutscher Forscher in Strassburg gestorben ist, Hoppe Seiler, und ich glaube in Ihrem Sinne zu handeln, wenn ich Sie ersuche, zum Andenken des Verstorbenen sich von Ihren Sitzen zu erheben.

(Geschieht.)

Secr. Dr. Rose verliest ein Schreiben der Herren Geheimrath Koch, Prof. Erb und Prof. Zuckerkandel, welche die Wahl zu Ehrenmitgliedern des Vereins dankend annehmen.

Schluss und Vertagung.

---

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 7. October, 1895.—Präsident: Dr. Willy Meyer.

Das Protokoll der letzten Sitzung wurde verlesen und genehmigt.

Vortrag von Dr. Georg W. Jacoby: Ueber Epilepsia diabetica (acetonica). Erschienen in der October-Nummer der New Yorker Medicin. Monatsschrift, 1895.

Diskussion: Dr. Weber: Ich habe im Laufe meiner Praxis ungefähr zwischen 50 und 60 Fälle Diabetes behandelt, und habe mit Zugrundelegung dieses Materials, das ich vor zwei Jahren ziemlich genau durchgegangen, im vorigen Jahr in Washington einen Vortrag gehalten über Coma diabeticum und pathologische Veränderungen des Herzens in Diabetes. Von diesen Fällen habe ich doch mindestens die Hälfte eine lange Reihe von Jahren beobachtet, und habe von denselben, soweit ich mich jetzt erinnern kann, zwischen 7 und 8 an Coma diabeticum sterben sehen. Ich muss allerdings sagen, dass ich in einer ziemlich grossen Reihe von Fällen nicht einen beobachtet habe, in welchem epileptiforme Krämpfe, so wie sie vom Vortragenden beschrieben wurden, zu irgend einer Zeit im Verlauf der Krankheit zu beobachten gewesen wären. Auch in keinem der letal endenden Fälle von Coma diabeticum habe ich irgend etwas derartiges nachweisen können. Ich

glaube, dass, obgleich der Symptomencomplex, wie er vom Vortragenden geschildert wurde, der Epilepsie ähnlich war, man doch hier ähnlich wie in chronischer interstitieller Nephritis besser thut, von epileptiformen Krämpfen, Convulsionen im Verlaufe der Diabetes unmittelbar vor dem Coma oder zu irgend einer Zeit zu sprechen als von Epilepsia diabetica. Ich glaube, dass damit wenig gewonnen ist, und glaube auch nicht, dass man berechtigt ist, von Epilepsia diabetica zu sprechen. Noch weniger möchte ich das von dem Vortragenden in Paranthese angezeigte Wort „acetonica" herbeiziehen als ursächliches Moment. Es ist richtig, dass es für den Diabetiker keineswegs gleichgültig ist, ob Aceton in dem zuckerhaltigen Urin ist oder nicht. Es ist wahr, dass zur Zeit, wo comatöse Erscheinungen drohen, Aceton mehr nachzuweisen ist als vorher. Aber in den 7 bis 8 Fällen mit Coma diabeticum, die ich gesehen habe, wurde beinahe jedes Mal der eigenthümliche Symptomencomplex, den man Coma nennt, nach Verdauungsstörungen eingeleitet und es besteht für mich kein Zweifel, dass die Darm-Ptomaine, welche in Folge von Verdauungsstörungen wie bei Diabetes vorzüglich bei ausschliesslicher Fleischnahrung entstehen, bei Erzeugung von epileptiformen Krämpfen ebenso sehr in Betrach, kommen wie Aceton. Ich kenne die Versuche von Jacksch, weiss aber auch, dass bei Diabetikern und Nichtdiabetikern Versuche von Fütterungen mit Aceton gemacht worden sind, die keineswegs im Stande waren, comatose Erscheinungen auszulösen, und ich möchte bezweifeln, ob sie im Stande sein werden, epileptiforme Krämpfe hervorzubringen. Ich will nicht leugnen, dass es möglich sei, aber ganz gewiss kommen noch andere Zerfallsprodukte von Eiweisskörpern in Betracht. Gewiss auch kommen bei so bedeutenden constitutionellen Krankheiten wie Diabetes, wo es zu so schweren Stoffwechselstörungen im Laufe der Jahre kommt, noch andere Momente in Betracht, welche solche Convulsionen auslösen. Ich habe nicht den Eindruck gewinnen können, dass genannte Convulsionen etwas anderes waren als Epileptiforme, ähnlich denen im Verlauf der chronischen Nephritis. Von einer Epilepsie im echten Sinne des Wortes können wir eigentlich nur dann reden, wenn sie als Krankheit etablirt ist, so, dass, wie Nothnagel es ausdrückt, eine epileptische Veränderung in der grauen Hirnrinde zu Stande gekommen ist, welche einen solchen Spannungszustand hervorbringt, dass von Zeit zu Zeit durch äussere Reize, die von der Peripherie der Nerven einwirken, eine Entladung hervorgerufen wird, welche zu dem höchst charakteristischen eigenthümlichen Anfall führt, der als epileptischer Krampfanfall im echten und wahren Sinn des Wortes bezeichnet wird. Ich glaube desshalb, dass es besser ist, von epileptiformen Krämpfen im Verlaufe der Diabetes zu sprechen und die Ursachen selbst, die vielleicht damit etwas zu thun haben mögen, unbestimmt zu lassen. Ich wiederhole nochmals, dass unter einer grossen Reihe von Fällen, die ich beobachtet habe, auch nicht einer vorgekom-

men ist, der ein ähnliches Bild von Convulsionen mit Bewusstseinschwund darbot, wie der Vortragende uns mittheilt.

Dr. Hirsch: Ich stimme mit Dr. Jacoby vollkommen darin überein, dass ein grosser Theil der epileptiformen Anfälle auf Stoffwechselanomalien zurückzuführen ist. Hierfür sprechen die bereits vom Vortragenden angeführten Versuche Voisin's, sowie die auf Intoxication und Infection beruhenden Anfälle, die wir so häufig zu sehen bekommen. Ich möchte aber auch darauf hinweisen, dass es doch sehr nothwendig ist, zwischen Epilepsie als morbus sui generis und zwischen allerhand epileptiformen Anfällen zu unterscheiden. Die Epilepsie als morbus sui generis besteht nicht nur aus einer Reihe von epileptischen Anfällen, sondern bildet eine Neurose, die selbst ohne epileptiforme Anfälle und durch psychische Symptome charakterisiert sein kann. Derartige Zustände hat man als psychische Epilepsie bezeichnet. Dass epileptiforme Anfälle häufig mit Stoffwechselanomalien einhergehen, beweisen auch andere Krankheiten, wie beispielsweise die epileptiformen Anfälle der Paralytiker. Ich habe selber Gelegenheit gehabt, eine Zeit lang eine grössere Anzahl von Paralytikern während epileptiformer Anfälle zu beobachten. Die Urinuntersuchung ergab in der Regel, dass das specifische Gewicht nach dem Anfall höher war als vor demselben und dass nach dem Anfall einige Stoffe zugegen waren, welche unmittelbar vor dem Anfall nicht nachgewiesen werden konnten. Von diesen Stoffen möchte ich namentlich das Propepton hervorheben. Aceton ist mir nicht geglückt in solchem Urin zu constatiren, dagegen wollen Andere Aceton mehrfach im Urin von Paralytikern, namentlich nach epileptiformen Anfällen, gefunden haben. Nun, wie dem auch sein mag, dass toxische Stoffe bei solchen Zuständen eine wichtige Rolle spielen, ist wohl eine ziemlich allgemein anerkannte Thatsache, ich möchte aber doch davor warnen, einen einzelnen Stoff wie etwa das Aceton oder den Zucker als Epilepsieerreger zu betrachten. Dazu existiren im normalen Urin viel zu viel chemische Substanzen, die wir theilweise noch gar nicht kennen, oder die in so geringem Maasse vorhanden sind, dass sie sich unserer Erkenntniss wenigstens für den gewöhnlichen Bedarf entziehen, die aber trotzdem eine hochgradige Toxicität besitzen mögen. Als Beispiel hiefür mag eine Substanz dienen, welche von Salomon in Berlin in normalem Urin gefunden wurde und zur Xanthin-Gruppe gehört. Es ist dies das Para-Xanthin. Ich habe Gelegenheit gehabt, Salomon damit experimentiren zu sehen. Er hat aus einer grossen Menge Urin Paraxanthin hergestellt und dann eine äusserst kleine Dosis davon weissen Mäusen injicirt. Das klinische Verhalten solcher Mäuse war ungefähr ein derartiges, wie wir es bei Katatonikern zu sehen gewohnt sind. Die Maus bekam einen epileptiformen Anfall, und an diesen schloss sich eine kataleptische Muskelstarre. Die Muskeln waren steinhart, und falls die Dosis nicht zu

gross war, erholte sich die Maus von dem Anfall, um dann wieder vollkommen gesund zu sein. Ich führe dies an, um zu zeigen, dass in dem Urin eine grosse Anzahl von Substanzen ist, welche ebenfalls für das Zustandekommen von epileptiformen Anfällen mit verantwortlich gemacht werden können, die sich aber unserer täglichen Beobachtung vorderhand noch entziehen. Immerhin werden wir jeden Beitrag, der zur Aufklärung des Chemismus dieser Neurose beiträgt, mit Freude begrüssen können, und ich glaube, dass wir Dr. Jacoby dankbar sein müssen, gerade diesen Gegenstand, der bei der modernen mechanischen Richtung der Pathologie etwas verloren gegangen ist, an's Licht gezogen zu haben.

Dr. Kaufmann: Ich möchte nur eine Bemerkung über das Aceton machen. Es scheint, dass das Aceton in seiner Bedeutung namentlich auch für das Zustandekommen des Coma diabeticum überschätzt worden ist. Es hat sich nämlich nach neueren Untersuchungen herausgestellt, dass das Auftreten des Aceton im Harn in erster Linie zurückzuführen ist auf bestimmte Diätverhältnisse. Nach Hirschfeld tritt Aceton bei vielen Krankheiten und selbst bei Gesunden auf, wenn Kohlenhydrate entzogen werden, und schwindet wieder bei Darreichung von Kohlenhydraten. Wenn dem so ist, so kommt wahrscheinlich dem Aceton beim Coma sowohl wie bei diesem Zustande die Bedeutung nicht zu, als Stoff zu gelten, der zu schweren Intoxicationen Veranlassung geben könne. Damit soll nicht bestritten werden, dass die von Herrn Jacoby mitgetheilten Fälle von Epilepsie bei Diabetes durch Intoxication hervorgerufen sind.

Therapeutische Notizen.

— Ueber die Anwendung von Hydrozone bei eiteriger Otitis media berichtet W. C. Bosteler in der Februar-Nummer des Med. Bulletin of Philadelphia günstig. In einem Falle von stinkender Eiterung des Mittelohres, in dem Mastoideserkrankung befürchtet wurde, ging die Eiterung nach Hydrozone-Einspritzungen in's Ohr rasch zurück, ohne eine Operation nöthig zu machen.

— Ueber Lactophenin berichtet Laquer in der Allg. Med. Central-Zeitung, No. 32, 1896, zusammenfassend. Er äussert sich unter anderem wie folgt:

Nun, ein Specificum gegen Abdominal-Typus ist Lactophenin nicht, wohl aber nimmt es unter den Antipyreticis, falls man solche bei dieser Infectionskrankheit überhaupt zur Anwendung bringt, unleugbar die erste Stelle ein; denn es übt einen entschiedenen Einfluss auf den Status typhosus aus, beruhigt das Sensorium, mildert das Krankheitsbild in dieser Beziehung und beugt schweren nervösen Erscheinungen vor; es wird ferner gern genommen, nicht erbrochen, gut vertragen. Lactophenin ist ferner bei allen anderen typischen und bei den weniger präcisen Infectionskrankheiten, wie Scharlach, Masern, insbesondere aber bei Influenza, bei fieberhaften Bronchitiden, auch bei den Pneumonien der Kinder, bei vorsichtiger Dosirung (s. u.) ein sehr geschätztes, verwendbares Fieber-Mittel. Bei Influenza wirkt es nach meiner Beobachtung besonders günstig auf die lancinirenden Schmerzen im Rücken und an den Seiten ein. Lactophenin übt ferner auf den Gelenkrheumatismus mindestens dieselbe Wirkung aus wie Antipyrin und wie Phenacetin, und beeinflusst inbesondere diejenigen Fälle, bei denen Na. salicyl. entweder überhaupt nicht „anschlägt“ oder nicht vertragen wird. Auch bei Neuralgien der peripheren Nerven, Lumbago, bei Migräne, sowie bei leichter Schlaflosigkeit habe ich Lactophenin fast ohne Fehlwirkung angewandt.

Hervorheben möchte ich dabei, dass ich nie mit einer Dosis von 1 g, sondern stets mit einer solchen von 0,5 beginne, bei schwächlichen Personen 0,4, bei Kindern 0,05 bis 0,1, es nie nüchtern nehmen lasse, weil die Spaltung dann eine intensivere ist, pro die nicht über 2—3 g hinausgehe und langsam, vorsichtig einschleichend die Dosis steigere. Auf diese Weise vermied ich stets ungünstige Nebenwirkungen, von denen Lactophenin sicher nicht ganz frei ist, an denen Lactophenin aber sicher nicht mehr aufzuweisen hat wie Antipyrin, Antifebrin etc. Durch Nichtbefolgung dieser Grundsätze erkläre ich mir die Nebenwirkungen, von denen H. Strauss (Therap. Monatsh., 1895, No. 9)

und Wenzel (Centralbl. f. inn. Med., No. 6) berichten. Ersterer gab zu hohe Dosen und zu lange hintereinander (36,0, 56,0 und 84,0 g Gesammtverbrauch). Letzterer gab 14 g in ca. 14 Tagen einem heruntergekommenen Morphinisten, dessen Verdauung ja durch die fortwährende Ausscheidung des Morphiums in den Magen (s. Hitzig's Angaben, Berl. klin. Wochenschr. 1892, No. 49) geschwächt ist; der Icterus, dessen Genese mir übrigens nicht ganz klar ist, ist nicht auf das Kerbholz des Mittels, sondern auf das der hohen Dosen bei der darniederliegenden Verdauung zu schreiben.

— Das Hyonin. hydrobromat. der U. S. P. ist als Scopolamin (Boehringer) in die Pharm. German. aufgenommen worden.

— Ueber Trionalvergiftungen schreibt E. Beyer, Assistent bei Prof. Fürstner, (Psych. Klinik Strassburg) in der Deutsch. Med. Wochenschrift No. 1, 1896) und kommt dabei zu folgenden Schlussfolgerungen:

Dass Nebenwirkungen vorkommen, hat noch kein Beobachter geleugnet; sie sind aber so harmloser Natur, dass ich es gerade für einen Vorzug des Trionals halten möchte, dass man bei ihm durch solche ungefährliche Symptome gemahnt wird, wenn man eine zu hohe Dosis gebraucht hat. Liegt ja, wie ich das bereits früher ausgesprochen habe, die wirksame Dosis nahe der Grenze der schädlichen Wirkung, und es kann ein und dieselbe Menge (z. B. 1.5) gelegentlich bei einem Manne noch nicht wirken, während sie bei einer Frau schon unangenehme Nachwirkungen hervorruft. Deswegen halte ich auch das Postulat von Berger nach einer maximalen Beschränkung der Dosirung für unthunlich oder doch nutzlos, abgesehen davon, dass wir die für den Menschen tödtliche Menge ja gar noch nicht kennen. Noch weniger kann von einer maximalen Tagesdosis die Rede sein, da, wie ich schon damals betont habe, das Trional nur in einmaliger Dosis des Abends verwendet werden soll, während seine Darreichung bei Tage durchaus zu verwerfen ist.

Die nunmehr fast dreijährigen, sehr umfangreichen Erfahrungen mit dem Trional an der hiesigen psychiatrischen Klinik, sowie bei einer Anzahl von Patienten der Nervenpoliklinik, stimmen durchaus mit der der Mehrzahl der Autoren darin überein, dass das Trional eines der besten, wenn nicht das beste unserer Schlafmittel ist, bei dem Nebenwirkungen bei verständiger Anwendung sehr wohl zu vermeiden sind. Ich leugne nicht, dass unangenehmere Nachwirkungen, wie ich sie in der Zeit meiner ersten Versuche mehrmals gesehen habe, namentlich bei Frauen und speciell bei Versuchen mit fracturirten Dosen am Tage, auch jetzt noch hier und da unverschuldet auftreten, aber sie sind unschädlich. Auch versagt wohl das Mittel gelegentlich

bei einzelnen Patienten ganz. Aber was will das sagen gegenüber den enormen Vorzügen, die das Trional in mindestens einer Richtung vor jedem anderen Schlafmittel hat!

Die Grundsätze, die ich für seine Anwendung im Juni 1893 ausgesprochen habe, sind seither bei uns dauernd richtig gefunden worden, mit der Einschränkung, dass wir selten über 2,0, nie mehr über 3,0 gegeben haben. Die besonderen Vorsichtsmassregeln, wie sie Goldmann empfiehlt, haben sich bei uns längst aus dem praktischen Gebrauch von selbst ergeben, und von wirklichen „Vergiftungen mit Trional" habe ich noch nichts gesehen.

Auch Köster, Oberarzt des Krankenhauses zu Gothenburg, theilt seine Erfahrungen über Trional in den Therap. Monatsschriften, März 1896, mit. Er hat mit 1—2 g, kurz vor dem Schlafengehen in warmer Milch genommen, fast universell gute Resultate erreicht. Schwere Herzfehler keine Contraindication.

Bei Alcoholdeliranten ist das Mittel selbst in grossen Dosen nach seinen Erfahrungen fast wirkungslos und kann Chloral hier nicht verdrängen. Dagegen hat es in manchen Fällen von Asthma merkwürdig gut gewirkt.

Allerlei.

— Direkte Uebertragung des Krebses. Guermonprez (Lille) operirte einen Gesichtskrebs und hatte eben den Zeigefinger im Munde des Kranken, als dieser durch eine rasche Bewegung eine Nagelverletzung verursachte. Es entwickelte sich in der Folge unter dem Nagel ein Papillom, welches 19 Monate allen Kautherisationen widerstand. In einem zweiten Falle bekam ein Arzt an der Stelle einer aufgekratzten Aknepustel im Gesicht ein ulcerirendes Cancroid; er behandelte damals mehrere Frauen, welche Gebärmutterkrebs hatten, ohne die nöthige Vorsicht in der Antisepsis zu gebrauchen, so dass G. dies für ein wahres Inoculationscarcinom hielt, zumal in hereditärer Beziehung nichts nachzuweisen war.

— Plastischer Ersatz der Brustdrüse durch ein Lipom. Von Prof. Czerny in Heidelberg („Arch, f. klin. Chirurgie", 1895, pag. 549). — Cz. musste bei einer dramatischen Sängerin die Amputation einer Brust wegen interstitieller Mastitis mit Adenombildung ausführen. Da die Dame grosse Brüste, dabei aber in der rechten Lumbalgegend ein über faustgrosses Lipom hatte, so wurde dieses an Stelle der Mamma, bei welcher die Haut vorsichtig abpräparirt wurde, transplantirt. Nach 8 Tagen war trotz anfänglich starker Secretion die Haut über dem Lipom verwachsen. Nach einem halben Jahre war die Stelle noch empfindlich, nach einem Jahre aber war das Lipom weder gewachsen noch resorbirt und der anderen Brust in Grösse und Aussehen sehr ähnlich.

— Der Pariser Unterrichtsrath beschloss, um Ausländer vom Studium der Heilkunde an der medicinischen Facultät abzuhalten, dass künftig Fremde nur eingeschrieben werden sollen, wenn sie in Frankreich die Reifeprüfung nach der für Einheimische geltenden Vorschrift bestehen.

— Undurchdringlichkeit der Augenschichten für die Röntgen-Strahlen. Darier berichtete in der Pariser ophthalmologischen Gesellschaft (Sitzung vom 3. März 1896) über eine Reihe sehr interessanter Versuche, welche er bezüglich der Durchgängigkeit der verschiedenen Augenschichten für die Röntgen-Strahlen machte, und zeigte auch die bezüglichen Photographien. Trotz halbstündiger Einwirkung erwiesen sich die Augenschichten, welche so leicht vom gewöhnlichen Licht durchdrungen werden, für die Röntgen-Strahlen sehr wenig zugängig. Die Linse ist es noch weniger wie die Hornhaut,

welche schon eine sehr geringe Permeabilität zeigt, ebenso wie Sclera, Retina und Chorioidea; das Pigment hat gar keinen Einfluss auf diese Strahlen.

— Einige Photographien mit Röntgen'schen Strahlen, welche Prof. Lebedef in der letzten Sitzung der Petersburger medicinisch-chirurgischen Gesellschaft demonstrirte, weisen auf ein neues Feld der praktischen Anwendung dieser Methode hin. Dieselben waren von einem Falle viermonatlicher Uteringravidität aufgenommen und liessen deutlich das Skelett des Fötus sowohl wie der Mutter erkennen. Besonders für die Fälle zweifelhafter Extrauterinschwangerschaft wäre das Verfahren von grosser Bedeutung.

— Tuberculin-Impfung der Rinder. Am 14. März unterzeichnete der Präsident Faure ein Dekret, wonach alles in Frankreich eingeführte Rindvieh, welches nicht sofort dem Schlachthofe zugeführt wird, einer Tuberculinprobe unterworfen werden muss.

— Einschränkung der Zahl der Impfschnitte. Um die Vornahme von Impfungen zu erleichtern und die mit der Impfung für die Impflinge sowohl wie für deren Angehörige verbundenen Unannehmlichkeiten zu vermindern, und weil in Gestalt von Thierlymphe ein so wirksamer Impfstoff zur Anwendung gelangt, dass es möglich ist, mit einer geringeren als bisher vorgeschriebenen Anzahl von Impfschnitten sich zu begnügen, ohne dass gleichwohl von der Forderung von mindestens zwei gut entwickelten Pusteln abgesehen zu werden braucht, hat das sächsische Ministerium des Innern in Verfolg einer bezüglichen Anregung von Seiten des Herrn Reichskanzlers auf Grund des § 18 Absatz 2 des Impfgesetzes vom 8. April 1874 die Impfärzte ermächtigt, für die Zukunft bei Erstimpfungen mit (mindestens) vier seichten Schnitten von höchstens 1 cm Länge nur am rechten Arm, bei Wiederimpfungen aber mit ebensoviel dergleichen Schnitten nur auf dem linken Arme sich zu begnügen, jedoch unter der Voraussetzung, dass solchenfalls die Anwendung von blossen Impfstichen gänzlich in Wegfall zu kommen hat.

— Shibata, Prov. Yechigo, Japan. Für Prof. Dr. Kitasato, früheren Assistenten Robert Kochs, ist eine Anstalt für Infektionskrankheiten nach dem Muster der Koch'schen in Berlin und des Pasteur'schen Instituts in Paris eingerichtet worden. Sie besteht wie diese aus einer wissenschaftlichen und einer Krankenabtheilung. Besonders ist darauf Bedacht genommen, dass die Anstalt zum weiteren Ausbau der Blutserum-Therapie, an deren Grundlegung Kitasato Theil hat, dienen soll. Zu diesem Zweck ist an die wissenschaftliche Abtheilung ein Thierpark angeschlossen. Zur besonderen Pflicht ist Kitasato das Studium des Aussatzes gemacht.

Wir werden um die Aufnahme folgender Notiz ersucht, welcher Aufforderung wir mit Vergnügen nachkommen:

HOSACK HALL

in der Academy of Medicine, 17, 19, 21 W. 43. St., Freitag Abend, 5. Juni 1896, acht Uhr:

Vorlesung

über die richtige Aussprache des Griechischen
von Dr. Achilles Rose.

Die Versammlung wird präsidirt werden von Dr. S. Stanhope Orris, Professor des Griechischen am Princeton College, früherer Director der Amerikanischen Schule in Athen.

Kurze Ansprachen werden gehalten werden von Hon. D. N. Botassi, General-Consul von Griechenland in New York, Herrn Charles E. Sprague, Präsident der Union Dime Savings Bank, und Professor Leotsakos.

Fräulein Marie Rose wird griechisch sprechen und die griechische Nationalhymne singen.

Die folgenden Herren sind in Sympathie mit dem Gegenstand der Versammlung:

Der hochwürdigste M. A. Corrigan, Erzbischof von New York,
Hochwürden Dr. Wm. R. Huntington, Rector von Grace Church,
Hochwürden Dr. H. M. Mac Cracken, Kanzler der Universität der Stadt New York,
Hochwürden der Archimandrit Agathodoros Papageorgopoulos,

Hon. Wm. M. Evarts,	Dr. Wm. H. Thomson,
Hon. Carl Schurz,	Dr. A. Jacobi,
Hon. Daniel H. Chamberlain,	Dr. Geo. F. Shrady,
Dr. Chas. A. Leale,	Dr. Frank P. Foster,
Dr. O. B. St. John Roosa,	Dr. S. B. Wylie McLeod.

Vor einigen Tagen ist in Wien wieder ein Caissonarbeiter plötzlich gestorben und ergab die Section als Todesursache: Luftembolie, d. h. freies Gas in Bläschen oder Blasenform im Herzen und in den grossen und kleinen Blutgefässen etc. „Das österreichische Sanitätswesen" bringt nun in der jüngsten No. 15, 9. April 1896, eine umfangreiche Arbeit aus der Feder des Professor Dr. Drasche, welche betitelt ist: „Ueber die Erkrankungen der Ballonfahrer, Bergsteiger, Caissonarbeiter und die hygienischen Maassnahmen gegen dieselben." Es genüge diese Andeutung für jene Aerzte, welche sich für dieses Thema mehr interessiren.

München, 5, Mai. Das b. Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten hat bezüglich des Prakticirens von Medizinstudirenden an den Universitäts-Kliniken nachstehende verschärfte Bestimmungen erlassen: 1. das Prakticiren an den Kliniken und Polikliniken ist erst nach vollständiger Absolvirung der ärztlichen Vorprüfung gestattet. Studirende, welche diese Voraussetzung nicht erfüllen, können von dem Klinikvorstand zurückgewiesen werden; auch kann denselben der Prakticantenschein versagt werden. 2. Die Anmeldung zum Prakticiren hat jeder Candidat durch eigenhändige Eintragung seines Namens in die Prakticantenliste, und zwar innerhalb der ersten vier Wochen des Semesters, zu bethätigen. Spätere Anmeldungen können eine Berücksichtigung nur in dringenden Fällen finden. 3. Prakticanten, welche wiederholt beim Aufruf zum Prakticiren in der Klinik, ohne entschuldigt zu sein, fehlen, können auf Ertheilung eines Prakticantenscheins nicht rechnen. 4. Studirende, welche ihre Namen von den Prakticantenlisten der Kliniken, Polikliniken und Cursen wieder zurückzuziehen veranlasst sind, haben um diese Aenderung innerhalb der ersten 4 Wochen des Semesters bei dem betreffenden Lehrer nachzusuchen. Spätere Anträge können nicht berücksichtigt werden. 5. Die Uebernahme der Function eines Coassistenten an den Kliniken und Polikliniken vor dem 7. Semester ist in der Regel nicht zulässig.

(Münch. Med. Wochenschrift No. 18, 1896.)

Berlin. Professor Aug. Lucae feierte am 4. ds. sein 25jähriges Professoren-Jubiläum. — Freiburg. An Stelle von Professor Wiedersheim, dessen Gesundheit der Schonung bedarf, wird im laufenden Semester der ausserord. Professor Keibel die Vorlesungen über Anatomie abhalten. — Halle a. S. Der bisherige ausserordentliche Professor in der medizinischen Facultät der Universität Halle a. S. und Director der Ohrenklinik und Poliklinik dort, Geheime Medizinalrath Dr. Schwartze, ist zum ordentlichen Honorarprofessor in derselben Facultät ernannt worden; zum Rector der Universität für das Studienjahr 1896/97 ist Professor der Histologie und pathalogischen Anatomie Dr. Eberth gewählt. — Marburg. Zur Vertretung des beurlaubten Professors Behring wurde für das Sommersemester Stabsarzt Dr. Wernicke, Lehrer an der Kaiser-Wilhelm-Akademie in Berlin, berufen.

(Universitätsnachrichten.) Berlin. Die Leitung der neugegründeten preussischen Staatsanstalt für Heilserum-Prüfung sowie des mit dieser verbundenen wissenschaftlichen Laboratoriums wurde dem a. o. Professor Ehrlich übertragen. — Erlangen. Der Privatdocent Dr. Albert Fleischmann wurde zum ausserordentlichen Professor in der philosophischen Facultät der kgl. Universität ernannt und demselben die Zoologie und vergleichende Anatomie als Lehrauf-

gabe zugewiesen, sowie die Direktion des zoologischen Instituts der Universität übertragen. — Greifswald. Der ausserordentliche Professor Dr. O. Schirmer wurde zum Ordinarius der Augenheilkunde befördert. — Tübingen. Dr. W. Küster, Assistent am physiologisch-chemischen Institut, hat sich als Privatdocent habilitirt.

Brüssel. Der in Frankreich verstorbene Belgier Arthur Renier hat dem belgischen Unterrichtsminister 2 Millionen Francs vermacht, mit der Bestimmung, dass ein Institut für Physiologie errichtet werden solle. — Lausanne. Dr. L. Secretan ist zum ausserordentlichen Professor der Otologie und Laryngologie ernannt worden.

Wien. Der Privatdocent Dr. Hans v. Hebra wurde zum ausserordentlichen Professor der Dermatologie ernannt.

— Am 16. April wurde in der „Assembly" das Gesetz angenommen, welches die Errichtung eines Hospitals für contagiöse Krankheiten im 18. District von New York gestattet. Es ist dies bekanntlich das Hospital, in welchem zahlungsfähige Patienten, zunächst solchen an Scharlach und Diphtherie leidend, aufgenommen werden sollen, eventuell auch deren Angehörige (Mutter etc.) Die Errichtung des Hospitals wurde angeregt durch eine grosse Stiftung einer hochherzigen New Yorker Dame.

Verzogen.

Dr. E. Bachmann, 312 West 34. Str.
" G. Seeligmann, 39 East 72. Str.
" A. G. Gerster, 34 East 75. Str.
" Franz Torek, 699 Madison Ave.
" B. Morje, 116 East 73. Str.
" Joseph E. Winters, 25 West 37. Str.
" Louis Heitzmann, 39 West 45. Str.

An die Leser.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

OTTO G. T. KILIANI,
133 E. 57. Str.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.
Organ für praktische Aerzte in Amerika

herausgegeben von

Redigirt von

Dr. OTTO G. T. KILIANI.

Bd. IX. New York, Juni 20. 1896. No. 6.

ORIGINALARBEITEN.

Die Früh-Diagnose der Descendirenden Tuberkulose des uropoëtischen Systems.[1])

Von Dr. Willy Meyer.
New York.

I.

Bei der Betrachtung dieses mich seit Langem beschäftigenden Themas denke ich natürlich nicht an die akut auftretende Eruption einer Unzahl kleiner Tuberkelknötchen in den Nieren, wie wir sie als Theilerscheinung der acuten Miliar-Tuberkulose sehen, sondern an die primäre, sich nur in einer Niere festnistende chronische Form der tuberkuloesen Entzündung. Lassen Sie mich zunächst die, trotz noch immer bestehendem Widerspruche, heutzutage wohl als sicher feststehende klinische Thatsache hervorheben, dass diese Form der Tuberkulose zunächst immer einseitig ist, dass sie den Ureter durchwandernd und inficirend in die Blase steigt und diese anfangs

[1]) Aus der Antrittsrede, gehalten bei der Uebernahme des Präsidiums der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York, 7. Januar, 1895. — Durch äussere Gründe konnten obige Bemerkungen nicht eher zum Druck fertig gestellt werden. Ich veröffentliche sie jetzt, nach mehr als Jahresfrist, weil die Frage der frühzeitigen Erkenntniss der Krankheit durch die neueste Entwicklung unserer diagnostischen Hülfsmittel an Interesse und Schärfe entschieden gewonnen hat.

auch nur einseitig ergreift, dass sie erst nach längerem Bestehen Prostata und das übrige Genital-System des Mannes befällt und dann auch in die andere Niere hinaufkriecht; lassen Sie mich ferner erwähnen, dass in vielen Fällen beginnender Nierentuberkulose nur dieser einzige Punkt des Organismus von den deletären Wirkungen des Koch'schen Bacillus befallen erscheint; dass sehr häufig Lunge, Darm, Knochensystem u. s. w. absolut frei sind. Gelingt es also, diese noch rein localen Erscheinungen einer später absolut tödtlichen Allgemeinerkrankung frühzeitig, besser „rechtzeitig" mit Sicherheit zu erkennen und auszurotten, so hat die chirurgische Diagnostik und Terapie, das muss Jeder zugeben, einen glänzenden Triumph gefeiert.

Wie entsteht denn nun eine isolirte Tuberkulose in einer Niere, besser in einer der Nierenpapillen, wo wir den ursprünglichen Process stets vorfinden? Offenbar durch Einschleppung seitens der Blutbahn. Ebenso wie wir uns die tuberkulöse Ostitis, z. B. die in einem der Condylen des Femur oder der Tibia bei beginnender Kniegelenkstuberkulose entstanden denken durch Embolie eines Endastes der arteria nutriens des Knochens mit einem oder mit mehreren Tuberkelbacillen, ebenso wird die Erklärung für das Zustandekommen der primären Nierentuberkulose Anerkennung finden müssen: dass nämlich Tuberkelbacillen durch die arteria renalis direkt in die Niere eingeschleppt werden. Das eine Mal fahren die Bacillen in die rechte, das andere Mal in die linke Seite. Viele Beobachter sahen und fanden bei ihren Zusammenstellungen aus der Literatur häufiger die linke Niere erkrankt, andere die rechte. [1]) Mancher wird da denken: Nun da muss denn doch ein anderer latenter Herd irgendwo im Körper stecken, um die Niere mit Tuberkelbacillen zu infiziren. Ich möchte erwidern, dass das nicht unbedingt nothwendig ist. Wir alle wissen, dass wir nur allzuhäufig tagtäglich der Gefahr ausgesetzt sind, Tuberkelbacillen einzuathmen, häufiger noch, sie zu verschlucken. Nicht immer muss da der Darmtraktus zunächst infizirt werden. Nein, die Bacillen können mit dem Speisebrei

---

[1]) Nach meinen persönlichen Erfahrungen ist die linke Seite primär häufiger befallen. Doch ist das vielleicht Zufall.

resorbirt werden und in die Blutbahn eintreten. Nun kann die Infektion an irgend einer Stelle des Körpers vor sich gehen. Sicherlich geschieht es da selten, dass der Ort des primären Sich-Ansiedelns gerade die Niere ist. Jedoch es kommt vor, nud gewiss häufiger, als mancher denken mag und auch bislang im Allgemeinen angenommen wurde. Für gewöhnlich wird sich dieses wohl nur bei erblich Belasteten ereignen. Im gesunden Organismus wird die den Zellen inne wohnende Lebens-Energie meist die Folgeerscheinungen der Einschleppung des Tuberkel-Bacillus nicht aufkommen lassen.

Dass die Tuberkulose das urpoëtische, besser das Urogenital-System auch aufsteigend ergreifen kann, ist bekannt. Für diese Fälle kann natürlich das direkte Einschwemmen von Tuberkelbacillen in Prostata oder Nebenhoden seitens der Blutbahn auch verantwortlich gemacht werden. Doch gehört ein solches Vorkommniss sicherlich zu den allergrössten Ausnahmen. Wir haben vielmehr heutzutage nicht nur das Recht anzunehmen, wir haben sogar nach Schuchhardt's interessanten Befunden[1]) die direkten Beweise in Händen für die Behauptung, dass mit den Gonococcen auch häufig Tuberkelbacillen in die Urethra eindringen und nun primär die Prostata oder sprungweise sofort die Epididymis inficiren. Ich bezweifle keinen Augenblick, dass auch beim Weibe ausnahmsweise durch überpflanzte Gonorrhoe primäre Tuberkulose der Blase entstehen kann. Andererseits wird eine früher durch den Gonococcus inficirte Prostata oder Epididymis bei hereditär belasteten Individuen häufig den locus minoris resistentiae für das Eindringen des Tuberkel-Bacillus abgeben. Thatsache ist, dass die Gonorrhoe häufig eine primäre Tuberkulose von Prostata oder Nebenhoden einleitet.

Ist der Tuberkel-Bacillus in eine der Nieren eingedrungen, so beginnt die Zerstörung sofort. Ein Tuberkel wird gebildet, still und unbemerkt. Er verkäst, zerfällt, die Nierenpapille, in die er eingebettet, langsam zerstörend. Noch merkt der Besitzer Nichts von seinem Kranksein. Vermehrte Harnquantität ist vielleicht das einzige Symptom, für das der Arzt, selbst

[1]) Archiv für klin. Chirurgie. Vol. 44, 2; und Centralbl. f. Chirurgie, 1892, No. 47.

wenn ihm dies mitgetheilt würde, sicherlich nicht die richtige Erklärung finden könnte. Plötzlich bricht der, Eiter und käsige Bröckel enthaltende, Abscess in das Nierenbecken durch. Blut erscheint, wenigstens in den meisten Fällen, im plötzlich getrübten Harn. Die käsigen Bröckel erzeugen, eventuell den Ureter verstopfend, eine Nierenkolik. Der Patient, erschreckt, consultirt seinen Arzt. Wird nun sofort eine genaue Analyse des Harns chemisch, mikroskopisch und bacteriologisch angestellt, so k a n n das Leiden sofort richtig erkannt werden. In den meisten Fällen aber denkt der Arzt sicherlich eher an Stein als Ursache der Erscheinungen, denn an Tuberkulose, umsomehr, als es sich meist um Kranke zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre handelt. Der Harn wird vielleicht auf's Genaueste untersucht. Nur wird verabsäumt, auf Tuberkelbacillen zu färben. Oder, man färbt, und findet die Bacillen nicht. Die Diagnose wird nicht gemacht. Der Patient wird mit der Annahme eines vermuthlichen Nierensteins vertröstet und weiter behandelt. Die Blutung, welche eventuell nur durch das Mikroskop zu erkennen, in anderen Fällen aber makroskopisch sehr stark sein und mehrere Tage anhalten kann, lässt allmählich nach, ebenso die Schmerzen in der einen Seite; auch der Harn klärt sich auf. Der Anfall wird als glücklich überwunden erklärt und Patient sich selbst überlassen. Zieht man in diesem Stadium das Cystokop zu Hülfe, so gewahrt man oft ein Bild, das die Diagnose mit absoluter Sicherheit gestattet, selbst wenn bei wiederholtem Suchen keine Tuberkelbacillen im Harn gefunden oder zur Zeit der cystoskopischen Untersuchung vergeblich gesucht wurden. So weit ich finden konnte, ist dasselbe in der Literatur bislang noch nicht beschrieben worden. Man sieht durch das Cystoskop eine absolut normale Blase und eine absolut normale Ureterenöffnung. Die Ränder der anderen aber sind deutlich injicirt, und von ihnen zieht zum leicht gerötheten Trigonum etappenförmig eine Reihe entzündeter, umschriebener Stellen der Blasenschleimhaut, absolut normale Stellen zwischen sich lassend. Auf's Deutlichste erkennt man die Fusstapfen des Feindes im vorher unberührten Gebiete. Ich könnte das Bild nicht besser vergleichen als mit den Spuren, die ein einsamer Wanderer im frisch gefallenen Schnee hinter sich lässt. Keine andere Er-

krankung von Blase oder Niere, das behaupte ich, kann solche Erscheinungen im cystokopischen Bilde machen. Auch ohne den Nachweis von Tuberkelbacillen vermag das Nitze'sche Instrument in solchen Fällen allein die sichere Diagnose „primäre Tuberkulose der einen Niere" zu stellen, wenigstens vom cystoskopischen Standpunkte aus. Natürlich wird man zur Erhärtung dieser gestellten Diagnose sich Mühe geben, durch immer wiederholte bacteriologische Harnuntersuchung oder bei negativem Resultate durch Injection des Harnsediments in die Pleura- oder Peritonealhöhle von Kaninchen das Vorhandensein von Tuberkelbacillen festzustellen. Auch könnte man sich als eines letzten Auskunft-Mittels des Koch'schen Tuberkulins bedienen. Nur muss man eine Dosis einspritzen, welche eine deutliche Reaktion hervorruft und event. wiederholt injiciren. In einem Falle der Czerny'schen Klinik in Heidelberg gelang es nur auf diese Weise Tuberkel-Bacillen in den Harn zu treiben, der vorher stets vergebens auf die Anwesenheit jener untersucht worden war.

Was könnte denn differentiell-diagnostisch in Betracht kommen? Gewöhnlicher, nicht spezifisch inficirender Eiter, wie er nach dem Durchbruche eines, eventuell einen kleinen Nierenstein umschliessenden, Abscesses Ureter und Blase durchläuft, kann solche Spuren nicht hinterlassen. Die vis a tergo spült den Eiter einfach durch. Ist er herausbefördert, so sind seine Spuren verwischt. Und perforirt ein langsam wachsender Tumor zum ersten Mal in das Nierenbecken, so gibt es nur eine reine Haematurie; käsige Bröckel und Eiter sind nicht vorhanden. Aus diesem Grunde ist die Hinzufügung der Cystoskopie zur Untersuchung eines vermuthlich mit beginnender Nierentuberkulose behafteten männlichen Individuums ein unentbehrliches Hülfsmittel. Kaum wird das Bild in jedem Falle so klar und deutlich sein, wie eben beschrieben, zumal nicht, wenn durch unnöthiges Catheterisiren und Ausspülen der Blase eine Infektion in die Letztere hineingetragen wurde. Wird das Beschriebene aber gesehen, so ist es nach meiner Ansicht für die Diagnose absolut entscheidend. Bei weiblichen Patienten sind wir jetzt bezüglich Sicherung der Diagnose durch die direkte Katheterisation der Ureteren noch besser dran. Das Einschieben kleiner Katheter

in jeden Ureter unter Leitung unseres Auges und unter reflektirtem Licht bei luftgefüllter Blase ist wirklich eine vorzügliche Methode. Man darf heute wohl sagen, dass wir fast bei jedem weiblichen Patienten, Kinder vielleicht ausgenommen, den Ureterenkatheterismus nach Kelly's Methode unblutig ausführen, den Harn jeder Niere gesondert auffangen und so die einseitige Erkrankung einer Niere durch genaue Analyse des Harns diagnosticiren können. Nitze hat, wie aus Berlin berichtet wird, neuerdings sein Cystoskop auch für den Katheterismus der Ureteren eingerichtet. Wenn wirklich brauchbar, würde damit endlich auch beim Manne die gestellte Aufgabe wohl in der grösseren Mehrzahl der Fälle gelöst werden können. Leider ist das neueste Nitze'sche Instrument noch nicht käuflich zu erwerben.

(Seitdem dieser Vortrag gehalten, ist Casper's neues Ureter-Cystoskop in den Handel gekommen. Ich selbst arbeite mit demselben seit nunmehr einem halben Jahre und kann den grossen Werth und die Vortrefflichkeit des Instruments nicht genug preisen. Bei fünf männlichen und vier weiblichen Patienten, bei einer der letzteren beiderseits in zwei verschiedenen Sitzungen, im Ganzen also zwanzig Mal, ist es mir ohne Schwierigkeit gelungen, unter direkter Leitung meines Auges bei wassergefüllter Blase den feinen Katheter in die Ureter-Mündung beiderseits einzuschieben. Das seit Jahrzehnten die ärztliche Welt interessirende Problem: „Das gesonderte Auffangen und Analysiren des von jeder Niere gelieferten Harns ohne vorhergeschickte Operation“ ist damit definitiv gelöst. Näheres über meine persönlichen Erfahrungen auf diesem Gebiete ist im 'N. Y. Medical Journal, 21. März 1896, zu finden.)

So giebt es denn, meine Herren, absolut zuverlässige Mittel, um selbst im Beginne die descendirende Tuberkulose des uropoetischen Systems, sicherlich in der grössten Zahl von Fällen, mit Sicherheit zu diagnosticiren.

Die Konsequenz für unser therapeutisches Handeln ergiebt sich nach meiner Ansicht dann von selbst: Nur die Nierenexstirpation kann den Patienten retten. Sie ist bei der ungünstigen Prognose des Leidens ohne Frage indicirt. Auf eine Spontanheilung hoffen, hiesse Hazard spielen. Die Möglichkeit derselben ist ja nicht abzustreiten, aber sicherlich ganz

ausserordentlich selten und bislang unbewiesen. Die Exstirpation der erkrankten Niere aber, so bald als möglich ausgeführt, wird das Leiden in der allergrössten Zahl von Fällen nicht nur bessern, sondern wirklich „heilen", ein Punkt, der gar nicht genug hervorgehoben werden kann. Können der Patient und leider auch der Familienarzt, wie mir die Erfahrung gezeigt hat, im Anfange sich nicht zu einem solchen, klar indicirten, radikalen Eingriffe entschliessen, wird temporisirt, so kann auch in späteren Stadien der Krankheit noch eventuell Heilung möglich sein. Wenn nur nicht gewartet wird, bis, was stets mit Sicherheit geschieht, sich aus der descendirenden Tuberkulose des uropoëtischen Systems eine Urogenital-Tuberkulose beim Manne entwickelt, bis bei beiden Geschlechtern, was auch stets im Laufe der Zeit mit Sicherheit eintritt, die andere Niere in ascendirender Weise erkrankt. Leider geschieht die Infektion der Prostata meist frühzeitig.

Es kann deshalb bei den oben erwähnten, plötzlich wie ein Blitz aus heiterem Himmel sich einstellenden Symptomen die Wichtigkeit einer frühzeitigen Feststellung der richtigen Diagnose und der Durchführung der aus ihr sich klar ergebenden Therapie nicht nachdrücklich genug hervorgehoben werden.

II.

Ueber motorische Störungen des Magens. [1])

Von Dr. J. Kaufmann.

Die Gruppe der Krankheitsbilder, welche durch pathologisch-anatomische Veränderungen am Magen bedingt sind, wird gewöhnlich als verhältnissmässig klein bezeichnet, man rechnet hierhin die verschiedenen Formen der Gastritis, das Ulcus ventriculi, das Carcinom und die Ectasie des Magens. In der Mehrzahl der Fälle aber, in denen die Magenthätigkeit gestört ist, sollen anatomische Veränderungen fehlen, wenigstens Veränderungen so grober Natur, wie die oben bezeichneten es sind. In allen solchen Fällen nimmt man dann an, dass lediglich functionelle Störungen vorliegen.

Die Darstellung dieser functionellen Störungen füllt in den neueren Abhandlungen über Magenkrankheiten einen breiten Raum, wohl mit Recht. Weniger berechtigt ist es aber, dass man einzelne Functionsstörungen, so z. B. die Hyperacidität, die sogenannte Hypersecretion als Krankheiten sui generis abgezweigt hat. Die Funktionsstörung ist fast immer nur ein Symptom. Die Möglichkeit, dass sie auch als selbstständige Neurose auftreten kann, soll durchaus nicht bestritten werden. Aber um eine solche Abgrenzung der Krankheitsbilder zu begründen, müssen doch erst noch weit häufiger, als bislang geschehen, die Resultate der modernen Mageninhaltsuntersuchung mit den Befunden an der Leiche verglichen werden. Wo in neuerer Zeit solche Untersuchungen vorgenommen wurden, hat sich herausgestellt, dass anatomische Veränderungen der Magenschleimhaut mannigfacher und auch entschieden häufiger sind, als in jenen Lehrbüchern angegeben wird. Am schärfsten vertritt H a y e m diesen Standpunkt. Seine an der Leiche gewonnenen Resultate erfahren eine gute Bestätigung in einer kürzlich publicirten Mittheilung von P a u l C o h n h e i m, der in der Poliklinik von B o a s Untersuchungen an

[1]) Vortrag gehalten am 6. Januar 1896 in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

frischen bei der Ausspülung gefundenen Schleimhautstückchen anstellte. Diese und andere Arbeiten lehren nun, dass die in letzter Zeit übliche enge Begrenzung der Gastritis auf die schwereren speciell die mit interstitiellen Veränderungen einhergehenden Formen durchaus unberechtigt ist, dass vielmehr verschiedenartige rein parenchymatöse Veränderungen der Magenschleimhaut vorkommen und dass die letzteren insbesondere auch da beobachtet werden, wo nach der heute geläufigen Diagnostik eine Neurose bei intacter Schleimhaut angenommen wird.

Indessen, wenn durch die Ergebnisse solcher Arbeiten auch eine Verschiebung der Krankheitsbilder erfolgt in dem Sinne, dass für Zustände, welche gegenwärtig als rein functionelle Störungen gelten, ein anatomisches Substrat nachgewiesen wird, so kann dies doch nichts ändern an der Bedeutung der functionellen Störung selbst. Denn auch dort, wo es sich um jene groben besser gekannten anatomischen Läsionen handelt, ist ein Verständniss des durch dieselben bedingten Krankheitszustandes und weit mehr noch eine rationelle Therapie nur möglich, wenn man die Schädigungen berücksichtigt, welche die Funktionen des Magens dadurch erleiden. Es bildet somit das Studium der Funktionsstörungen den wichtigsten Theil im Kapitel der Magenpathologie.

Man darf es als einen grossen Fortschritt bezeichnen, dass die moderne Entwickelung der Lehre von den Magenkrankheiten sich der Erforschung der Magenfunktionen und ihrer Störungen zuwandte und man kann auch zugestehen, dass bereits manch' werthvolle Errungenschaft auf diesem Gebiete gesichert wurde. Freilich hat es auch nicht an Irrthümern gefehlt, sie befinden sich besonders in den Anschauungen über die Störungen der Secretion, welche eine Zeit lang die Litteratur beherrschten.

Als man nach v. d. Velden's interessanter Entdeckung damit begann, das Verhalten der Salzsäure im Mageninhalt zu untersuchen, verfiel man in einen Fehler, dem man auch jetzt noch oft begegnet, dass man nämlich die Ergebnisse dieser Untersuchungen in einseitiger Weise auf die Secretion bezog: Wo hohe Salzsäurewerthe gefunden wurden, schloss man, dass viel Magensaft abgesondert sei und andererseits nahm man da,

wo geringe Werthe notirt wurden, eine Verringerung der Secretion an. Nun liegen die Verhältnisse für die Berechnung der Menge des abgesonderten Secretes durchaus nicht so eindeutig, wie man vielfach glaubt. Denn von den zahlreichen Methoden, welche im Laufe der Jahre ersonnen wurden, um die Quantität derabgesonderten Salzsäure festzustellen, leistet thatsächlich keine einzige diese Aufgabe, alle quantitativen Methoden berechnen vielmehr lediglich den Procentgehalt an Salzsäure den der Mageninhalt zeigt und auch diesen nur für den Zeitpunkt der Ausheberung. Der Procentgehalt des Mageninhaltes an Salzsäure ist aber keineswegs abhängig von der Grösse der Secretion, sondern ist das Resultat aus sehr verschiedenen Faktoren. Zu der Zeit, wenn dem Magen eine Probe zur Untersuchung entnommen wird, ist bereits ein Theil des Inhaltes und damit auch ein Theil der abgesonderten Salzsäure aus dem Magen fortgeschafft. Ausserdem wechselt die Concentration des Mageninhaltes und damit nothwendiger Weise auch der Procentgehalt an H Cl. Die Verschiedenheit in der Concentration ist aber abhängig von der Menge des mitverschluckten Speichels, von der Menge des Transsudates der Magenwand u. s. w. Die Concentration ist ferner ebenfalls abhängig von der Art der Entleerung des Magens. Es genügt zum Beispiel, dass starksäurebindende Substanzen bei motorischer Schwäche länger als normal im Magen zurückbehalten werden, um damit auch den Procentgehalt an H Cl zu steigern, ohne dass mehr Salzsäure abgesondert wurde. So wichtig es aus anderen Gründen auch ist, den Procentgehalt an H Cl resp. den Aciditätsgrad des Mageninhaltes zu kennen, so ist man nach dem oben Gesagten doch nicht berechtigt, aus den Ergebnissen der quantitativen H Cl bestimmungen ohne Weiteres auf das Verhalten der Secretion zu schliessen. Denn Aenderungen der normalen mittleren Aciditätswerthe können u. A. auch durch Störungen der Motilität bedingt sein.

Aehnlich verhält es sich mit dem Nachweis der Verdauungsprodukte. Wenn Verdauungsprodukte gebildet sind, werden sie bald aus dem Magen entfernt. Das Auffinden derselben im Mageninhalt kann also, wie L i n o s s i e r treffend ausführt, keinen Werth haben für die Beurtheilung der Wirkung der Secrete, sondern erlaubt nur einen Schluss auf die Kraft, mit

der sich der Magen der verarbeiteten Speisen zu entledigen sucht.

Noch nach einer anderen Richtung wurde gefehlt. Man identificirte Salzsäuregehalt des Mangeninhaltes mit Magenchemismus. Das Verhalten der Salzsäure beleuchtet aber nur eine Seite der complicirten chemischen Vorgänge im Magen. Denn einmal kommen für die Wirkung des Magensaftsecretes ausser der H Cl die Fermente, Pepsinogen und Labzymogen in Betracht, dann wird ausser dem Magensaft noch Magenschleim secernirt, ferner spielt der Speichel bei den chemischen Umsetzungen im Magen eine grosse Rolle und schliesslich können sich recht markante chemische Veränderungen am Mageninhalt präsentiren bei Entwicklung von Gährungen. Seit man sich aber in den letzten Jahren mit der Klarstellung der lange vernachlässigten Gährungen beschäftigt, hat man sich davon überzeugen müssen, dass Verhütung resp. Entstehung von Gährungen nicht so sehr abhängig sind von der Absonderung und Wirkung des Magensecretes, sondern vielmehr vom Zustand der Motilität des Magens. Von allen Seiten also drängten die Untersuchungen über den Chemismus zu der Erkenntniss, dass das Verhalten der Motilität für die chemischen Umsetzungen im Magen von grösster Bedeutung ist.

Man hört häufig die Ansicht äussern, dass die Ausbeute der vielen Arbeiten über den Magenchemismus nicht den anfänglich gehegten Erwartungen entsprochen habe. Das ist nur richtig für die übertriebene Werthschätzung der irrthümlich angenommenen Störungen der Secretion. Emancipirt man sich jedoch von dieser irrthümlichen Annahme und fasst man vor allem den Begriff des Magenchemismus in dem vorhin bezeichneten weiteren Sinne, so lässt sich nicht läugnen, dass die Untersuchungen über den Chemismus wichtige Aufschlüsse über die Magenthätigkeit gezeitigt haben. Nicht zum kleinsten Theil kommen diese Aufschlüsse dem Verständniss der motorischen Thätigkeit zu Gute. Es konnte insbesondere im Verlauf der Arbeiten über die Magengährungen nicht ausbleiben, dass sich das Interesse wieder lebhafter den motorischen Störungen zuwandte. Wenn auch die richtige Würdigung derselben noch immer nicht so weit durchgedrungen ist, als nothwendig erscheint, so wird ihre Bedeutung doch

öfter als früher anerkannt. Damit kehrt man denn zu einer Anschauung zurück, welche den Ausgangspunkt für die gesammte moderne Entwicklung der Magenpathologie bildet. Denn als Kussmaul die Anwendung der Magenpumpe in die Medicin einführte, wurde er von Betrachtungen über die mechanische Behinderung der Magenentleerung geleitet. Für ihn war von vorneherein das Verhalten der motorischen Verrichtungen die Hauptsache und wenngleich die grundlegenden Arbeiten für die chemischen Untersuchungsmethoden seiner eignen Klinik entstammten, ist er seiner Auffassung auch treu geblieben zu der Zeit, als fast auf allen Seiten die Ergebnisse der chemischen Prüfung zur Ueberschätzung der secretorischen Störungen führten.

Fraglos kommen Störungen der Saftabsonderung vor und ihre Bedeutung soll hier keineswegs unterschätzt werden. Wollte man aber, wie Fleiner sich ausdrückt, den Werth einer Funktion nach dem Grade der Störung beurtheilen, den ihr Ausfall oder ihre Schädigung bedingt, so muss man beim Magen die motorische Funktion obenansetzen. Denn Behinderungen der motorischen Funktion führen fast immer zur Schädigung der Verdauung und der Ernährung, während im Gegensatz dazu selbst hochgradige Herabsetzung der Saftsecretion auffallend leicht ertragen werden kann. Das erklärt sich, wenn man die Aufgabe in's Auge fasst, welche der Magen überhaupt zu erfüllen hat.

Die Anschauungen über die Aufgabe der Magenthätigkeit haben zu verschiedenen Zeiten gewechselt. Eine Zeitlang galt die eiweissverdauende Fähigkeit des Magensecretes als das wesentliche, später rückte die antiseptische Wirkung der H Cl in den Vordergrund. Aber keine dieser Wirkungen des Magensecretes macht für sich die Aufgabe der Magenthätigkeit aus. Ich glaube, man kommt der Bedeutung, welche der Magenthätigkeit im Haushalt des Organismus zufällt, etwas näher mit folgender Betrachtung:

Der weitaus grösste und wichtigste Theil der Verdauungsarbeit spielt sich im Dünndarm ab, darüber sind alle einig. Damit der Dünndarm seine gewaltige Arbeit bemeistern kann, scheint es nothwendig, dass ihm der Speisebrei in kleineren Mengen zugeführt wird. Wir sind aber gewohnt, unsere Nah-

rung in grösseren Mengen auf einmal zu uns zu nehmen. Der Magen hat also zunächst die Aufgabe, die ihm in grösserer Menge zugegangene Nahrung nur allmählich in kleineren Portionen in den Darm eintreten zu lassen und dient somit gewissermaassen als Reservoir. Je nach der Grösse der Mahlzeit dauert der Aufenthalt in diesem Reservoir bis zu 6 Stunden.

Während dieses im Interesse der Dünndarm-Verdauung nothwendigen Aufenthaltes im Magen, erfahren die Speisen eine Reihe von Veränderungen, durch welche sie für die Dünndarmverdauung vorbereitet werden und zwar nach 2 Richtungen hin. Erstens wird die bereits im Munde begonnene Zerkleinerung und chemische Zerschlagung der Speisen weitergeführt, in der ersten Phase der Magenverdauung durch die Mitwirkung des mitverschluckten Speichels, welcher Amylum in Maltose umwandelt, bis nach genügender Absonderung vom Magensecret durch dieses die Peptonisation der Eiweisskörper beginnt. Die andere Seite der präparatorischen Thätigkeit besteht in der Verhütung von Gährungen. Wir führen mit der Nahrung so viel Gährungserreger und so viel gährungsfähige Substanzen ein, dass dieselben bei dem langen Aufenthalt im Magen, zumal bei der dort herrschenden Temperatur, leicht in Gährung übergehen würden, beständen nicht Einrichtungen, um das zu verhüten.

Man kann also sagen, dass der Magen die doppelte Aufgabe hat, den Speisebrei erstens zur rechten Zeit und zweitens in zweckmässigem Zustand dem Darm zur definitiven Verdauung zu überliefern.

Wie steht es nun mit der Betheiligung der einzelnen Funktionen des Magens an der Erfüllung dieser Aufgabe? Dass die Ueberführung der Speisen in den Darm ein motorischer Act ist, ist ohne weiteres klar. Was die präparatorische Thätigkeit des Magens angeht, so ist es richtig, dass das Magensecret, sowohl bei der Zerkleinerung der Speisen, als auch bei der Verhütung der Gährungen erheblich betheiligt ist, aber es leistet diese Aufgabe nicht allein. Denn bei der Zerkleinerung der Speisen wirkt der Speichel mit, und für die Verhütung von Gährungen ist die Bewegung der Inhaltsmassen entschieden wichtiger, wie die antiseptische Kraft der HCl. So wird es verständlich, dass der dem Magensecret zufallende Theil der

präparatorischen Thätigkeit vollständig entbehrt werden kann, ohne dass dem Organismus daraus ein Schaden erwachsen muss. So lange in den nicht seltenen Fällen, bei denen überhaupt kein Magensecret mehr abgesondert wird, die Motilität intact bleibt, erreichen die Speisen den Darm nicht nur zur rechten Zeit, sondern auch ohne durch Gährung verändert zu sein, und der Theil der Magenverdauung, der wirklich ausfällt, nämlich die Peptonisation der Eiweisskörper, wird vollständig durch die Darmverdauung ersetzt. Ganz anders aber gestalten sich die Dinge bei Schädigung der Motilität. Wenn der Magen nicht mehr im Stande ist, die ihm zugeführte Nahrung dem Darm zu weiterer Verwerthung zuzuschieben, dann sehen wir die Gesammternährung des Körpers schnell sinken. Bei weniger ausgeprägten motorischen Störungen werden die Speisen wohl in den Darm übergeführt, aber sie erreichen ihn in unzweckmässigem Zustand, denn da, wo es zur Stagnation kommt, entwickeln sich Gährungen und zwar tritt dies auch dann ein, wenn wirksames Magensecret in genügender Menge abgesondert ist. Nur die Art der Gährung ist verschieden, je nachdem Magensecret vorhanden ist, oder nicht.

Der Hinblick auf diese dem Organismus erwachsenden Schädlichkeiten rechtfertigt es, dass den motorischen Störungen die erste Stelle eingeräumt wird.

Eine Erörterung über motorische Störungen hätte auszugehen von der Darstellung der motorischen Verrichtungen unter physiologischen Verhältnissen. Leider sind unsere Kenntnisse in dieser Hinsicht noch gering, besonders ist es schlimm bestellt mit unserer Einsicht in das Spiel der Muskelkräfte, welche an Ein- und Ausgangsöffnung, an Cardia und Pylorus, Verschluss und Oeffnung regeln (Kussmaul). Doch gestatten neuere Untersuchungen wenigstens nach einer Seite einen interessanten Einblick in den Ablauf der Bewegungen der Magenwand.

Hoffmeister und Schütz, Rossbach u. A. hatten bereits früher durch Experimente am Hundemagen festgestellt, dass man streng zwei Abschnitte des Magens trennen müsse, deren Bewegungen sich der Form nach wesentlich von einander unterscheiden, nämlich einerseits das Antrum Pylori und andererseits den übrigen grösseren Theil, den Fun-

dustheil oder Magenkörper. Die von der Cardia ausgehende Bewegung am Magenkörper verläuft gegen das Antrum zu peristaltisch fortschreitend, um meist kurz vor dem Antrum mit einer starken Einschnürung stehen zu bleiben. Sobald diese präantrale Furche ausgebildet ist, erfolgt die Contraction eines zwischen den beiden Abschnitten gelegenen circulären Muskelbündels, welches als Sphincter antri pylori bezeichnet wird und dessen Schluss das Mageninnere in 2 Hohlräume trennt. Alsdann tritt mit einem Mal eine Totalcontraction des ganzen antrum pylori ein, durch welche der in diesem kleinern Hohlraum aufgenommene Mageninhalt durch den gleichzeitig geöffneten Pylorus hinausgespritzt wird. Diese Darstellung, die bereits in gelegentlich angestellten Beobachtungen am Menschen durch Schmidt und v. Pfungen Bestätigung fand, gewinnt eine wesentliche Stütze in einer jüngst erschienenen Arbeit von Moritz. Moritz constatirte, sowohl beim Thier als auch beim Menschen, durch systematisch ausgeführte manometrische Messungen, dass im Innern des leeren Magenkörpers ein positiver Druck von circa 6—8 cm. Wasserhöhe herrscht, der bedingt ist, durch einen gewissen tonus der Magenwand plus Einwirkung der Schwere seitens der benachbarten Eingeweide. Dieser Innendruck unterliegt regelmässigen Schwankungen in Folge der Thätigkeit des Herzens und des Zwergfells und wird auch durch die Action der Bauchdecken gesteigert. Während nun die im Magenkörper aufgenommene Druckcurve durch die ganze Zeit der Magenverdauung hindurch Stundenlang absolut dieselbe bleibt, wie beim leeren Magen, zeigt die im antrum aufgenommene Curve während der Verdauung ganz beträchtliche, rhythmisch erfolgende Drucksteigerungen; die Druckdifferenz, die nöthig ist, um Inhalt aus dem Magen in den Darm zu schaffen, wird also nur im antrum erzeugt. Wir hätten somit für die beiden Aufgaben, die der Magen zu erfüllen hat, zwei getrennte Organe, erstens das antrum pylori, welches allein die Austreibung des Inhaltes besorgt und zweitens den Magenkörper, welcher als Reservoir dient, und in welchem die Präparation der Speisen vor sich geht. In gutem Einklang mit solcher Trennung steht die anatomische Verschiedenheit der beiden Theile im Bau ihrer Schleimhaut, welche im Magenkörper fast nur

Magensaftdrüsen, im antrum hingegen mehr Magenschleimdrüsen trägt.

Ob die manometrischen Messungen sich für die tägliche Praxis zur Prüfung der motorischen Funktion eignen werden, bleibt abzuwarten, ist übrigens fraglich. Denn da im Magenkörper der Druck während der Verdauung keine Aenderung zeigt, liesse sich die Methode nur zur Prüfung der Thätigkeit des antrum verwenden. Nach den Schilderungen, die Moritz giebt, ist aber die Einführung des Apparates in das Antrum mit grossen Schwierigkeiten verknüpft und eigentlich vom Zufall abhängig.

Nun hat, wie Ihnen bekannt ist, Herr Einhorn es unternommen, die innerhalb des Magens geleistete Muskelarbeit mittelst seines Gastrographen zu bestimmen. Wenn wir auch hoffen, dass es ihm gelingt, auf diesem Wege Aufklärung in die motorische Thätigkeit des Magens zu bringen, so sind die Resultate seiner Forschung einstweilen doch noch nicht weit genug gediehen, um aus denselben practisch verwerthbare Schlüsse ziehen zu können.

Bei dem gegenwärtigen Stand der Dinge sind wir also noch nicht in der Lage, den Ablauf der motorischen Verrichtungen in ihren einzelnen Phasen direkt der Prüfung zu unterwerfen und wir müssen uns deshalb einstweilen damit begnügen, den Effect festzustellen, der durch motorische Störungen hervorgerufen wird, um an diesem Effect die Störung selbst zu messen.

Wenn die Austreibung des Mageninhaltes behindert oder verzögert ist, so wird sich länger als normal, Inhalt im Magen vorfinden. Zur Berechnung der Zeit, innerhalb welcher der Magen seinen Inhalt austreibt, sind verschiedene Methoden angegeben worden, so die Oelmethode Klemperer's, die Ewald-Sievers'sche Salolprobe, Fleischer's Jodoformprobe u. A. Sie leiden alle, abgesehen von sonstigen Fehlerquellen, an dem Uebelstand, dass sie andere Bedingungen setzen, wie die, die gewöhnlich im Magen gegeben sind. Am besten aber hält man sich an die Vorgänge, die sich täglich im Magen abspielen: Ein gesunder Magen entleert seinen Inhalt immer vollständig über Nacht, trifft man im nüchternen Magen noch Inhalt an, so liegt eine grobe motorische Störung vor. Das gilt nicht nur für das Auffinden von Speiseresten,

sondern auch für die Anwesenheit von grösseren Flüssigkeitsmengen im nüchternen Magen. Weil diese Flüssigkeit gewöhnlich H Cl und Verdauungsfermente enthält, hat man die Anwesenheit derselben irrthümlicher Weise auf Hypersecretion zurückgeführt. Das ursächliche Moment ist aber in motorischer Störung zu suchen, der zufolge die Entleerung des Magens behindert ist.

Für weniger grobe Störungen bleibt immer noch Leube's Probemahlzeit das beste Prüfungsmittel, sie sollte nach 6—7 Stunden den Magen verlassen haben, findet sich nach dieser Zeit noch Inhalt, so ist dies als Verzögerung in der Entleerung zu deuten. Bis zu einem gewissen Grade lässt sich auch bei dem zur chemischen Untersuchung entnommenen Probefrühstück die Menge des nach 1 Stunde noch vorhandenen Inhaltes zur Schätzung der motorischen Kraft verwerthen, ferner das Auffinden der Verdauungsproducte, ihr Verhältniss untereinander und zum procentualen H Cl-gehalt. Allerdings kann die Anhäufung der Verdauungsproducte auch durch Schädigung der Resorption bedingt sein. Indessen ist die Resorption im Magen, wie die Untersuchungen von Hirsch, v. Mering, Moritz u. A. lehren, wahrscheinlich überhaupt nicht sehr gross und so lange nicht mehr über die Resorption bekannt ist, dürfen wir schon den Fehler machen, die Verzögerung der Entleerung ganz auf Kosten der motorischen Störung zu setzen.

Durch die Behinderung der Entleerung wird auch die Thätigkeit des Magenkörpers geschädigt, da es in diesem Magenabschnitt zur Stauung kommt. Wollen wir auch hier aus dem Effect der Störung Schlüsse ziehen, so ist dazu der eine Theil der in diesem Organ geleisteten präparatorischen Thätigkeit, nämlich die Zerkleinerung der Speisen, nicht zu gebrauchen. Denn die Zerkleinerung der Speisen kommt nicht auf mechanischem Wege zu Stande, dazu ist die Muskelwand des Magens zu schwach, auch würde unter energischen Contractionen der Magenwand die Secretion leiden, und überdies haben ja die vorhin citirten Versuche von Moritz dargethan, dass im Magenkörper eine Drucksteigerung während der Verdauung nicht stattfindet. Die Zerkleinerung der Speisen geschieht vielmehr auf chemischem Wege durch die Action des Spei-

chels und des Magensecrets und die Magenbewegung wirkt nur indirekt mit, indem sie eine innige Durchmischung der Verdauungssäfte mit den Speisen bewerkstelligt. Mehr Anhalt zur Beurtheilung gewährt die Art, wfe der 2. Theil der prâparatorischen Thätigkeit, die Verhütung von Gährungen durchgeführt wird. Da nachgewiesen ist, dass Gährungen nur auftreten, wenn die Speisen im Magen stagniren, unbeschadet dessen, ob Secret abgesondert ist oder nicht, so darf man für practische Zwecke auch umgekehrt überall da eine Stagnation annehmen, wo eine Gährung constatirt wird, sei es nun durch den microscopischen Befund vermehrter Gährungserreger im Mageninhalt oder durch die chemische Eruirung der verschiedenen Gährungsproducte, der Milchsäure, der Fettsäuren, der gasförmigen Producte der Hefegährung, u. s. w.

Als ein Hilfsmittel zur Diagnose mag die Feststellung verringerter Elasticität der Magenwand erwähnt sein, derzufolge der Magen durch eine Mahlzeit oder durch Flüssigkeit, oder durch Gas weiter ausgedehnt wird als normal. Man erkennt das beim Vergleich der percutorischen Figuren, welche Grösse und Lage des Magens in leerem und in gefülltem Zustand zeigen, besonders wenn man dieselben bei verschiedener Körperstellung aufnimmt. Man kann die Elasticität der Magenwand auch schon einigermassen bei Magenspülungen schätzen: In einem schlaffwandigen Magen stürzt das Wasser aus dem Trichter hinein, läuft aber beim Senken des Trichters nur langsam aus dem Magen heraus, während es in einem sich gut contrahirenden Magen nur langsam einfliesst, dagegen lebhaft in den gesenkten Trichter zurückquillt. Auch die Auftreibung des Magens mit Co_2 lässt sich in diesem Sinne verwerthen. Die Magenmuskulatur reagirt beim Gesunden auf den Co_2reiz mit kräftiger Peristaltik und treibt das Gas entweder per ructus oder durch den Pylorus aus dem Magen hinaus, nachdem sich vorher ein schmerzhaftes Gefühl in Folge der Spannung der Magenwand entwickelt hat. Schlaffe Mägen lassen sich ohne Spannungsgefühl weit ausdehnen und behalten das Gas länger zurück. Was aber die durch die Co_2auftreibung oder oder auch durch irgend eine andere Methode bestimmte Grösse und Lage des Magens angeht, so können diese Faktoren nicht ohne weiteres als Massstab dienen für die Schätzung der mo-

torischen Kraft. Wenn es auch richtig ist, dass motorische Störungen in ihrem Verlauf oft zur Erweiterung des Magens führen, so ist doch auf der anderen Seite noch nicht jeder grosse Magen auch ein erweiterter. Die Grösse des Magens unterliegt schon unter normalen Verhältnissen sehr beträchtlichen Schwankungen. Ein Magen kann sehr gross und dabei motorisch durchaus sufficient sein. So erzählt Liebermeister von einem Kutscher in Tübingen, der dadurch berühmt war, dass er ganze Trinkhörner voll Bier auf einen Zug leeren konnte. Bei der Section des einer Verletzung erlegenen Mannes, der bei Lebzeiten nie an Verdauungsbeschwerden litt, erwies sich der Magen, obwohl er 6 Liter Flüssigkeit fasste, anatomisch normal. Ebenso verhält es sich mit der Lagerung des Magens. Zwar sind, wie Kussmaul schon auseinandergesetzt hat, vertical gestellte und tiefgelagerte Mägen eher zu motorischen Störungen disponirt, aber an sich ist die Lageveränderung noch kein Ausdruck bereits bestehender motorischer Insufficienz. Auch tief gelagerte Mägen können durchaus normal functioniren. Erst kürzlich sah ich einen grossen schlankgewachsenen Herrn, dessen Magen eine Probemittagsmahlzeit bereits nach 4 Stunden vollständig entleert hatte, obwohl sein Magen so tief stand, dass die grosse Carvatur nahezu bis zur Symphyse reichte. Wie wenig die Bestimmung der Lage und die Grösse des Magens allein geeignet ist, eine richtige Vorstellung vom Verhalten der Motilität zu geben, erhellt fernerhin auch daraus, dass in einem kleinen und dabei hochgelagerten Magen sich ganz erhebliche Stagnation entwickeln kann, das beobachtet man z. B. beim infiltrirenden Carcinom der Magenwand. Man sollte deshalb die Diagnose der motorischen Störung immer nur in der oben angegebenen Weise auf Grund direkter Funktionsprüfung stellen. Ganz fehlerhaft ist die so sehr beliebte Methode aus dem Nachweis des Plätschergeräusches auf motorische Störung oder gar auf Magenerweiterung zu schliessen. Plätschergeräusch lässt sich in jedem Magen hervorrufen, der etwas Flüssigkeit und Luft enthält, wenn nur die Bauchdecken genügend erschlafft werden. Diagnostischen Werth hat dasselbe nur, wenn es sich beim nüchternen Magen erzeugen lässt, als Zeichen dafür, dass der Magen nicht leer ist. Ausserdem kann

man durch das Plätschergeräusch oft in bequemer Weise Lage und Grösse des Magens abgrenzen. Mehr lässt sich aber aus dem Plätschergeräusch nicht schliessen und man sollte endlich davon Abstand nehmen, das Plätschergeräusch immer und immer wieder als ein Criterium für Atonie und Magenerweiterung anzuführen.

Wenn die motorische Störung sehr bedeutend und die Ueberführung der Speisen in den Darm stark behindert ist, dann bildet sich jenes charakteristische klinische Krankheitsbild aus, das auch ohne direkte Magenuntersuchung sofort erkennen lässt, um was es sich handelt: hochgradige Abmagerung, Trockenheit der Haut, hartnäckige Obstipation, stark verminderte Urinmenge und im schroffen Gegensatz dazu das meist gegen Abend erfolgende Erbrechen massenhafter stark gährender Flüssigkeit. Für die geringeren motorischen Störungen lässt sich kaum ein bestimmtes klinisches Krankheitsbild aufstellen, allenfalls mag es noch als charakteristisch gelten, dass die dyspeptischen Beschwerden sich direkt an den Verdauungsact anschliessen, während die Patienten sich bei leerem Magen besser befinden. Im Uebrigen aber vermischen sich die Erscheinungen, welche durch die motorischen Störungen hervorgerufen werden, mit den klinischen Bildern der Krankheitszustände, die die motorischen Störungen erst veranlassen. In allen solchen Fällen ist man immer wieder darauf angewiesen, die direkte Funktionsprüfung durch Untersuchung des Mageninhaltes vorzunehmen, wenn man die motorische Störung diagnosticiren will.

Was das Vorkommen der motorischen Störungen angeht, so werden dieselben bei allen Arten von Magenerkrankungen angetroffen. Sie kommen zu Stande entweder durch Insufficienz der Muskelaction oder durch Hindernisse, die sich der Austreibung des Mageninhaltes entgegenstellen. Die Hindernisse finden sich meist am Pylorus und sind bald bedingt durch Ulcus, Carcinom oder gutartige Hypertrophie der Musculatur an dieser Stelle, bald werden sie durch comprimirende tumoren der Nachbarschaft oder durch ligamentöse Einschnürungen erzeugt. Nicht selten kommt es auch vorübergehend zur Stenose durch Pyloruskrampf (Kussmaul).

Schwäche der Muskelaction ist die häufige Folge constitutioneller Krankheiten, anämischer und neurasthenischer Zustände und bildet sich namentlich auch leicht in der Reconvalescenz nach acuten Krankheiten aus. Nicht immer handelt es sich bei dieser Art von motorischen Insufficienz um constante Verhältnisse, vielmehr begegnet man bei demselben Individuum grossen Schwankungen, indem ein Magen sich eine Zeit lang motorisch kräftig, zu anderen Zeiten motorisch schwach erweist. Die Schwäche der Musculatur kann auch nur relativ sein, indem sie nur zu grossen Anforderungen nicht gewachsen ist. Auf diese Weise entstehen die Schwierigkeiten der Magenentleerung bei Ueberladung des Magens und so erklärt sich auch das Entstehen der motorischen Schwäche, wenn grössere Mengen gährender Substanzen eingeführt werden und der Magen durch dabei entwickelte Gasmengen über Gebühr ausgedehnt wird. (Naunyn). Schwäche der Muskelaction kann aber auch ihren Grund haben in organischen Veränderungen der Magenwand und findet sich in dieser Weise nicht nur bei Ulcus und Carcinom der Wand, sondern auch, wie ich entgegen der Angabe von Boas betonen muss, bei Magen-Katarrh. Freilich ist es richtig, dass bei Gastritis die Entleerung des Magens oft nicht verzögert ist, ja bei bestimmten Fällen, speciell bei atrophirender Gastritis ist sie sogar manchmal beschleunigt.

Da bisher nur von Herabsetzungen der Motilität die Rede war, sei hier der Vollständigkeit halber erwähnt, dass es auch eine zu schnelle Entleerung des Magens giebt, entweder wie vorhin bemerkt bei Gastritis infolge entzündlicher Reizung der Muscularis oder auch durch rein nervöse Hypermotilität, dass ferner eine andere Magenneurose, welche Kussmaul als peristaltische Unruhe beschrieb, sich unter dem Bilde lebhaft gesteigerter Peristaltik präsentirt.

Wenn ich nun noch kurz einige allgemeine Gesichtspunkte für die Behandlung angeben soll, so möchte ich zunächst hervorheben, dass die eventuelle ursächliche Behandlung im Vordergrund zu stehen hat. Motorische Schwäche bei Anämie, Neurasthemie u. s. w. wird nur einer passenden Allgemeinbehandlung weichen. Daneben fällt das Hauptgewicht auf die Diätetik. Hier gilt als erster Satz, dass die Ernährung jeden-

falls ausreichen muss, um das Körpergewicht zu erhalten und wenn nöthig selbst Gewichtszunahme zu erzielen. Aber die Speisen müssen so ausgewählt und so zubereitet werden, dass sie den Magen möglichst bald verlassen können. Die Küche kann dabei viel helfen, indem sie dem Magen einen Theil der präparatorischen Thätigkeit abnimmt. Ich möchte aber auf einen weitverbreiteten Irrthum aufmerksam machen. Sie finden allgemein in den Lehrbüchern die Regel angegeben, bei motorischen Störungen nur feste Nahrung zu geben und die Darreichung von Flüssigkeiten per os möglichst zu vermeiden. Diese Regel, welche sich für bestimmte Fälle nützlich erweist, ist in ihrer allgemeinen Fassung entschieden zu verwerfen. Grade bei den schwersten motorischen Störungen haben wir an der Klinik Kussmaul's, bei ausschliesslicher Ernährung mit passend ausgewählter flüssiger resp. breiiger Kost, weit mehr erreicht, als bei Darreichung fester Nahrung. Dieselbe Erfahrung hat Liebermeister bei seinen Kranken gemacht. Zu diesen klinischen Erfahrungen stimmen auch die Ergebnisse der experimentellen Untersuchung, derzufolge, wie namentlich v. Mering, Moritz und neuerdings Schüle nachweisen konnten, Flüssigkeiten den Magen sehr bald verlassen, während feste Substanzen lange im Magen verweilen und zwar desto länger, je fester die Consistenz der Jngesta ist. Es muss eben die feste Nahrung erst erweicht resp. verflüssigt werden, ehe sie den Pylorus passiren kann. Dabei kommt es dann, theils durch die chemische Natur der Nahrung, theils durch den längeren Aufenthalt derselben im Magen, zu lebhafter Absonderung seitens der Magenwand, wodurch der vermeintliche Nutzen der trocknen Kost bald illusorisch wird. Man ging bei der Empfehlung der Trockendiät von der Vorstellung aus, dass Anfüllung des Magens mit grösseren Flüssigkeitsmengen die Muskelschwäche noch vermehren müsse. Das ist zutreffend, sobald grössere Mengen Flüssigkeit auf einmal aufgenommen werden, nicht aber wenn man die Flüssigkeit in kleineren Mengen einführt. Bei der Einrichtung einer solchen aus flüssiger und breiiger Nahrung bestehenden Diätform, hat man, wie Fleiner als Interpret Kussmaul'scher Erfahrungen ausführt, nicht nur darauf zu achten, dass die Flüssigkeit in kleineren Portionen und in bestimmten den individuel-

len Verhältnissen angepassten Zwischenräumen verabreicht wird, sondern die Nahrung muss auch milde sein und darf die Magenschleimhaut nicht reizen; d. h. sie darf keine concentrirten Salz- oder Peptonlösungen, keinen Zucker und namentlich keinen Alcohol enthalten, denn alle diese Substanzen reizen die Schleimhaut zu stärkerer Secretion und Transsudation, wodurch die Flüssigkeitsmenge bald vermehrt wird. Auch dort, wo leichtere Grade motorischer Insufficienz die Verabreichung ganzer Mahlzeiten aus gemischter Kost gestatten, ist der chemische Charakter der Nahrung für die Auswahl der Speisen von grösster Bedeutung. Weit nützlicher noch als für die Diagnostik bewährt sich die Mageninhaltsuntersuchung für die Therapie, indem sie am besten darüber Aufschluss giebt, was den Magen schnell verlässt, was ihn lange belastet; sie bietet ferner die besten Handhaben für die Auswahl der Speisen bei Magengährungen.

Bei Gährungen kommt neben der Ausschaltung der Gährungserreger und gährungsfähigen Substanzen aus der Diät noch die Bekämpfung der Gährung im Magen selbst in Betracht. Sie geschieht am Besten durch grundliche Reinigung des Magens mittelst Ausspülungen, eventuell mit medicamentösen Lösungen.

Magenausspülungen sind ferner indicirt, wenn der nüchterne Magen Inhalt führt, seien es nun Speisereste oder salzsäurehaltige Flüssigkeit. Indem der gereinigte und entleerte Magen sich ordentlich zusammenzieht, kann er seine frühere Elasticität wiedergewinnen. Nur wo solche und ähnliche Indicationen vorliegen, sollte man Magenspülungen vornehmen, was gegenüber dem vielfach geübten Missbrauch der Magenspülungen ausdrücklich bemerkt sei.

Die Behandlung kann in mannigfacher Weise durch hydro- und electrotherapeutische Massnahmen unterstützt werden. Von grosser Wichtigkeit ist dann noch das Verhalten des Patienten über Tag. Bei schweren motorischen Störungen ist strenge Bettruhe gerathen, bei leichten sollte jedenfalls nach den Hauptmahlzeiten eine Zeit lang die Rückenlage eingenommen werden, da es so am schnellsten zur Entleerung des Magens kommt.

Wenn grobe Hindernisse der Entleerung im Wege stehen und mit den genannten Behandlungsmethoden kein Erfolg zu erwarten ist, hat der chirurgische Eingriff die Beseitigung oder Umgehung des Hindernisses anzustreben. Die glänzenden Resultate, welche durch den chirurgischen Eingriff auch selbst dann erreicht werden, wenn unter Zurücklassung des erkrankten Theils durch die Magendünndarmfistel nur für eine genügende Entleerung gesorgt wird, spricht wohl am Klarsten für die Bedeutung, welche den motorischen Störungen zuzumessen ist.

BIBLIOGRAPHY.

Cohnheim. Archiv für Verdauungskrankheiten. Bd. I, p. 274. 1895.

Einhorn. Zeitschrift für Klin. Med. Bd. 27. 1895.

Fleiner. Volkmann's Vorträge, neue Folge, No. 103. 1894.

Hayem. Gaz. hebd. 1892 und 1894.

" Allgem. Wien. med. Zeit. 1894.

Hirsch. Centralblatt für Klin. Med. 1893.

Hoffmeister-Schütz. Arch. für experim. Path. Bd. 20.

Kussmaul. Deutsches Arch. für Klin. Med. Bd. 6. 1869.

" Volkmann's Vorträge. No. 181. 1880.

Liebermeister. Krankheiten der Unterleibsorgane, p. 82. Leipzig. 1894.

Linossier. Lyon. méd. Bd. 26. 1894.

V. Mering. Verhandlungen des Congr. für innere Med., p. 471. 1893.

Moritz. Zeitschrift für Biologie. Bd. 32. 1895.

Naunyn. Deutsch. Arch. für Klin. Med. Bd. 31. 1882.

V. Pfungen. Centralblatt für Physiol. 1887, p. 220 und 275.

Rossbach. Deutsch. Arch. für Klin. Med. Bd. 46.

Schmidt. Berl. Klin. Woch. 1886, p. 542.

Schüle. Zeitschrift für Klin. Med. Bd. 29. 1896.

v. d. Velden. Deutsch. Arch. für Klin. Med. Bd. 22. 1879.

Leitartikel.

D r. N i t z e vs. D r. C a s p a r. Eine neue und bezeichnende Erscheinung tritt uns in einem Verleumdungsprocess entgegen, der gegenwärtig in Berlin spielt: Caspar, Kläger, gegen Nitze, Beklagten. Die beiden Parteien sind die Privatdozenten Dr. Leopold Caspar und Dr. Max Nitze. Der Kern der Klage geht dahin, dass Dr. M. Nitze, der bekannte Erfinder des Cystoscop und Urethroscops sich dahin ausgesprochen haben soll, dass Dr. M. Caspar mit der angeblichen Erfindung seines Urethercatheters einen geistigen Diebstahl begangen habe, wofür Dr. Caspar ihn prompt wegen Verleumdung gerichtlich belangte. Die Details mögen aus einer einem Berliner Tageblatte entnommenen Notiz unter Allerlei, entnommen werden.

Was an dieser Frage für uns von Interesse ist, besteht darin, das endlich Jemand den Muth gefunden hat, dem wenig skrupulösen Treiben einer gewissen bestehenden Klasse von geistigen Räubern die Zähne zu weisen, die herkömmlichen unbequemen Kastenvorurtheile mit allen damit verknüpften Ehrengerichten ausser Acht zu lassen und sich an die civilrechtliche Behörde indirekt zu wenden, insofern die andere Partei zu einer Verleumdungsklage gezwungen wurde.

Seit einem Jahrzehnt ungefähr hat insbesondere in den grossen Centren der Wissenschaft sich ein Räubersystem ausgebildet, das zu solchen Consequenzen führte, dass, statt eines freundschaftlichen Austausches über neue Ideen und Gedanken, der doch nur anregend wirken konnte, mancher wissenschaftlicher Arbeiter, dessen Elaborate oft gar nicht so sicher von weltbewegender Bedeutung zu sein brauchten, hinter verschlossenen Thüren arbeitete, blos um gegen den geistigen Diebstahl einigermassen gesichert zu sein. Selbst dann spielten oft noch Anstaltsdiener eine wenig zweifelhafte Rolle.

Wer die innere Maschine mancher Kliniken und Anstalten kennt, hier und in Deutschland, könnte wohl manche Beispiele anführen, wie so mancher Chef mit grossem Namen die Be-

deutung von gewissen Ideen seiner Assistenten richtig aufzufassen und genügend zu schätzen verstand, um sie unter seinem Namen und Flagge segeln zu lassen.

So lange die Verhältnisse so liegen, so lässt sich immerhin, so schwer manchmal auch der Schlag für die betreffende aufstrebende Kraft sein mag, die tröstliche Anerkennung vertreten, dass hierdurch der guten Sache eine Verbreitung gesichert wird, wie sie eben nur, wenn sie als solche Marke läuft, erreicht. Sind aber die beiden Contestanten von gleichem Schlag und Werthe, so ist eine principielle Auseinandersetzung nur wünschenswerth.

In unserer Zeit der mercantilen Auffassung ist es nothwendig, daran zu erinnern, dass der Arzt aus all jenen oft nicht unwichtigen Ideen keinen oder doch höchst geringen materiellen Nutzen zieht. Jeder Industrielle und Kaufmann lächelt mitleidig über die naive Art, in der Aerzte derartige technische Vorschläge in den Markt bringen. Sein ganzer Gewinn besteht gewöhnlich darin, dass das gegebene Instrument, oder was immer es sei, unter seinem Namen bekannt werde. Wird ihm auch das noch entwendet, gestohlen, was in dem gegebenen Falle ja erst nachzuweisen wäre, so ist nach unserer Ansicht der Arzt völlig zu einer Klage auf Schadenersatz eventuell wegen Patentverletzung berechtigt, und nicht nur zur effektvollen Vertheidigung in Form eines einem „Collegen" aufgedrungenen Verleumdungsprocesses. Ein derartiges Abschreckungsmittel kann nur heilsam sein.

* * *

A s s a n i r u n g d e r S t a d t N e w Y o r k. Von verschiedenen beschäftigten Aerzten ist uns ein Urtheil über die gegenwärtigen hygienischen Verhältnisse New Yorks zugegangen, welches wohl der Veröffentlichung werth sein dürfte. Schon in der zweiten Hälfte des Winters 1894–95, noch vielmehr aber im vergangenen Winter, war eine auffallende Verminderung der acuten infectiösen Halsentzündungen zu constatiren. Wir sprechen nicht von Diphtherie sondern nur von follikulären und tonsillären Anzinen, deren Actiologie noch nicht festgestellt ist, und die in den Statistiken kaum figuriren oder

doch nur in ganz ungenügender Weise berücksichtigt sind. Der Infectionsmodus ist nicht mathematisch klargestellt, doch wird jeder Arzt mit uns übereinstimmen, wenn wir in Saliva und Sputum das Virus suchen und Strassenbahnen, Strassen und Trottoire für die Verbreitung am meisten verantwortlich machen. Das Virus wird mit dem Schuhschmutz ins Haus, in die Zimmer getragen, zerstäubt auf den Teppichen und bildet eine constante Gefahr — weniger für das Leben als für die Behaglichkeit der Hausbewohner. Ist ein Haus einmal recht inficirt, so hat der Hausarzt für den ganzen Winter Arbeit und es werden kaum zwei Wochen vergehen, ohne dass er gerufen wird.

Oft wird das „plumbing“ für diese ewigen Infectionen verantwortlich gemacht, die geplagten Hausväter geben grosse Summen für Verbesserung aus, — natürlich umsonst. Wie sollte auch Cloakengas diese Infection zu Stande bringen? Chemisch wirkt es ja sehr schädlich, es kann die Menschen anaemisch machen, oder vielleicht gar acut vergiften, aber weder Typhus, Diphtherie, Tuberculose noch Malaria werden davon erworben werden können. Die Infectionsgefahr des Cloakengases wird überhaupt in Amerika für sehr gross gehalten — wie uns scheint, mit Unrecht. Wie soll denn Gas, welches über flüssigen Cloakeninhalt streicht, die Microorganismen aus der Flüssigkeit oder aus dem schwierigen Ueberzuge der Röhren herausreissen? Eine Austrocknung der Cloakenröhre freilich könnte dies ermöglichen.

Ein besserer Rath als die Pfeffermünzprobe für solche Familien wäre, die Teppiche aufnehmen und in strömenden Wasserdampf sterilisiren zu lassen, oder gar, die abscheulichen Infectionsverwahrer abzuschaffen, und Parquetböden legen zu lassen. Da jedoch dies meist nicht in der Macht des weniger begüterten Hausvaters liegt, so muss die öffentliche Gesundheitspflege eintreten. Und dass führt uns zu dem Punkte den wir heute hervorheben wollen: Eine bessere Strassenreinigung ist geeignet, neben den schweren auch die leichten, alltäglichen Infectionen zu bekämpfen. Dieser Satz hat sich in New York aufs schönste bewährt; denn, seit Waring die Stadtreinigung in die Hand genommen hat, und die Strassen viel sauberer gehalten sind, ist die Zahl dieser kleinen Infectionsfällen be-

deutend zurückgegangen. Viele Aerzte werden mit uns annehmen, Waring habe unsere Einnahmsquelle bedeutend herabgesetzt, und dafür — es möge paradox klingen — sagen wir ihm Dank! Wir Aerzte sind keine Geschäftsleute, — unser höchstes Ziel ist Krankheiten zu verhüten, und Bestrebungen, die dahin zielen, verdienen unsere Anerkennung und Unterstützung.

Sachverständigen-Gutachten. In einem jüngst in unserer Stadt sich abspielenden sensationellen Giftmordprocess kam die alle Aerzte höchlichst interessirende Frage der gerichtlichen Sachverständigen mit allen ihr hier anhaftenden Mängeln wieder einmal klar zu Tage. Ohne uns irgendwie auf die juristische Frage einzulassen, in wie weit und in welcher Art sachverständige Anschauungen einzuholen seien, worüber wir uns kaum ein Urtheil erlauben, oder es wenigstens nicht aussprechen möchten, halten wir doch die Hervorhebung folgender Punkte von Wichtigkeit.

Nach der Idee jedes Unvoreingenommenen und mit dem englischen Strafrechte, welches ja die Grundlage zu unserem hiesigen Strafrechtverfahren bot, nicht Vertrauten wäre anzunehmen, dass ein medicinischer oder auch chemischer Sachverständiger, ob er nun vom Staatsanwalt oder der Vertheidigung aufgerufen sein mag, weiter nichts zu thun habe, als die ihm aufgegebene specielle wissenschaftliche Untersuchung auszuführen, den Gerichtshof und die Geschworenen über seine Resultate aufzuklären, die sie sonst bei der denselben mangelnden Specialbildung nicht verständen, und damit endet die Aufgabe des Sachverständigen. Nach welcher Seite hin dies einen Ausschlag geben möge oder welche juristische Folgen dies haben kann, ist für den Sachverständigen, der unter Eid seine Untersuchungen vornimmt, völlig gleichgültig.

Wie stimmt zu einer solchen wohl allgemein als richtig anzuerkennende Auffassung die Aeusserung eine kürzlich vernommenen Sachverständigen, dass er die Stelle eines Sachverständigen für den Staatsanwalt erst angenommen habe, nachdem er durch denselben zweifellos überzeugt worden sei, die Angeklagte sei schuldig.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 7. October 1895.—Präsident: Dr. Willy Meyer.

(Fortsetzung und Schluss.)

Dr. Max Einhorn: Der Vortrag des Dr. Jacoby hat mich sehr interessirt, insofern als er darauf hingewiesen, dass Diabetes im Stande ist, viele Erscheinungen von Seiten des Nervensystems aufzulösen. Ich erinnere mich, als ich im Deutschen Hospital Hausarzt war, hatte ich einen Fall, der als Ischias nach dem Hospital kam, und bei dem Zucker im Urin gefunden wurde, wo nach einer eingeleiteten Diät mit dem Verschwinden des Zuckers auch die Ischias nachliess. Ich hatte zur selben Zeit auch einen Patienten, der an Diabetes litt, und ausserdem ab und zu Hirnerscheinungen zeigte, die auch mehr oder weniger von einem starken Zuckergehalt abhingen, wenigstens nahmen sie mehr zu, wenn der Zuckergehalt stieg. Ich habe selber niemals einen Fall von epileptiformen Krämpfen bei Diabetes beobachtet, und kann insofern eigentlich nicht viel zu diesem interessanten Vortrag beitragen. Ich möchte nur noch einige Worte in Bezug auf das Coma diabeticum sagen. Ich glaube, dass gewiss diese Symptome nicht allein dem Aceton, sondern auch manchen anderen toxischen Produkten im Blute zuzuschreiben sind. Ich glaube auch, dass manche Erscheinungen vielleicht einer Verringerung der Alkalescenz des Blutes in Folge vermehrten Säuregehaltes zuzuschreiben sind. Ich habe vor vielen Jahren Experimente an Fröschen in Bezug auf Diabetes gemacht, und habe Gelegenheit gehabt, Frösche in leichter Säurelösung zu halten, und da zeigte es sich, dass ein Frosch in einer sehr schwachen Säurelösung nach 5 bis 6 Stunden typische Erscheinungen des Coma hatte. Diese Frösche pflegten bald zu Grunde zu gehen, wenn man sie in dieser Lösung liess. Sobald man die Säurelösung alkalisirte, schwanden aber die Erscheinungen nach kurzer Zeit, und die Thiere blieben am Leben. Das zeigt jedenfalls, welche Bedeutung der Alkalescenz des Blutes zukommt, und wenn eben die Diaceton-Essigsäure gefunden wird bei Diabetes, einhergehend mit Coma u. s. w., so glaube ich, dass wahrscheinlich auch diesem Säureprodukt viel zuzuschreiben sein wird.

Dr. Koller: Ein interessantes Seitenstück zu den vom Vortragenden erwähnten Erscheinungen bildet die diabetische Blindheit. Es gibt eine Klasse von Erblindungen, welche auf derartige chronische Vergiftungen zurückzuführen sind, und es kommt vor, dass ein Patient ohne den geringsten Augenspiegelbefund, der an Diabetes leidet voll-,

ständig erblindet. Ich habe einen dieser sehr seltenen Fälle hier in New York beobachtet. Es war ein junger Mann, der einige Wochen, nachdem ich ihn zu Gesicht bekommen, gestorben ist. Es würde interessant sein, wo der Angriffspunkt dieser Vergiftung, wie sie angenommen wird, bei Reizerscheinungen zu suchen ist, ob etwa auch in dem Hirn.

Dr. G. W. Jacoby: (Schlusswort). Es freut mich, dass mein Vortrag Anlass zu so reger Diskussion gegeben hat. Ich habe nicht viel zu erwidern. Es scheint mir, dass der Name Epilepsia diabetica schon ausdrückt, dass es sich nicht um wahre Epilepsie handelt. Indem ich die Bezeichnung diabetica hinzusetzte, scheidet der Zustand für mich vom Begriff Epilepsie aus. Ich wollte gerade zeigen, dass wir es hier mit einer Klasse von epileptischen Anfällen zu thun haben, die klinisch alle Erscheinungen der Epilepsie bieten, Krämpfe, Pausen von anscheinend vollkommener Gesundheit, die sich über Monate erstrecken. Es kommen Fälle zu uns als Epilepsie, und dann bei der Harnuntersuchung findet man Zucker, und sie gehen an Diabetes zu Grunde. Merkwürdig ist, was auch Dr. Weber bestätigt, dass die Fälle selten sind, oder wir achten nicht auf ihr Vorkommen.

Es ist richtig, dass man diese Fälle von der allgemeinen Bezeichnung ausscheiden sollte. Es sind Fälle, die bis jetzt, wenn sie überhaupt vorkommen, als Epilepsie behandelt worden sind, und die nicht so angesehen werden sollten. Ich gebe gern zu, dass die Bezeichnung Epilepsia diabetica zum Theil irreleitend ist, aber ich hätte für den Vortrag selbst keine kürzere Bezeichnung wählen können.

Die ganze Frage über die Bildung des Aceton ist ziemlich unentschieden. Die von Dr. Kaufmann erwähnte Ansicht, dass es sich nur um Stoffwechselveränderungen infolge von strenger Diät handeln soll, ist ebenfalls noch nicht bewiesen. Darüber herrscht noch Streit; aber wenn dem auch so wäre, ich will gar kein Gewicht darauf legen, dass es sich gerade hier um eine Acetonvergiftung handelt. Es handelt sich um einen toxischen Process, der bei Diabetes auftritt, und welcher sich klinisch für uns als eine Epilepsie darbietet.

Präs. Dr. Willy Meyer: Meine Herren: Es ist Ihnen gewiss Allen bekannt, dass vor nunmehr anderthalb Wochen, am 27. September, unser Ehrenmitglied, Dr. Louis Pasteur, im nahezu vollendeten 73. Lebensjahre in Paris gestorben ist. Vor Ihnen aufzurollen, was Pasteur für die Wissenschaft und speciell für die medizinische Wissenschaft gethan hat, ist gewiss nicht nöthig. Jeder Einzelne von uns weiss, was wir ihm zu danken haben. Ich glaube aber, dass es nicht zu viel behauptet ist, wenn man sagt, dass Pasteur, seinem Studium nach, selbst Nicht-Mediziner, für unsere Wissenschaft mehr gethan hat, als viele Tausend Doctoren zusammen genommen. Er hat ohne jede Frage die Grundlage für den jüngsten Zweig unserer Wissenschaft, die

Bacteriologie, gelegt. Auf seiner Lehre fussend, hat Joseph Lister die antiseptische Chirurgie aufgebaut. Aus ihr hervorgehend ist dann die aseptische Chirurgie erstanden. Sie Alle wissen, dass Pasteur nach langen Versuchen ein Heilmittel gegen Hundswuth gefunden und die dankbare Mitwelt ihm daraufhin ein eigenes Institut in Paris gegründet hat, welches mit den neuesten Hilfsmitteln der Wissenschaft ausgerüstet, ihm dauernd Gelegenheit bot, seinen weiteren Studien nachzugehen. Dass ein Mann wie Pasteur im Laufe der Zeit von allen Seiten mit Ehrenbezeugungen überschüttet wurde, ist kein Wunder. Dass er speciell die ihm von deutscher Seite angebotenen nach dem Kriege von 1870-71 abgewiesen, wissen Sie. Es steht uns nicht zu, darüber zu richten. Doch darf ich wohl hier Betonung darauf legen, dass er die am 1. Mai unsererseits erfolgte Wahl zum Ehrenmitgliede unserer Gesellschaft mit schmeichelhaften Worten angenommen hat. Ich ersuche Sie, sich zu Ehren des grossen Todten von den Sitzen zu erheben.

(Geschieht.)

Hierauf findet die Abstimmung über die beiden zu Mitgliedern vorgeschlagenen Kandidaten Dr. Percy Fridenberg und Dr. G. G. Fischlowitz statt.

Vortrag von Dr. A. Seibert: Nephritis beim Darmkatarrh im Kindesalter. Erschienen in der November-Nummer der „New Yorker Medicin. Monatsschrift.“ 1895.

Diskussion: Dr. Langmann: Es ist sehr dankenswerth, dass Dr. Seibert sich dieser mühsamen Arbeit unterzogen hat, um die Lücke auszufüllen, die in der Pathologie des Darmkatarrhs noch existirt. Wenn er aber auch bewiesen hat, dass so und so viel Mal Albuminurie existirt hatte, so scheint er mir doch den Beweis schuldig geblieben zu sein, dass es in der Mehrzahl der Fälle Nephritis gewesen ist. Mir scheint der Verfasser im Verlauf des Vortrags den Begriff Albuminurie und Nephritis zu sehr als identisch gehalten zu haben. Albuminurie findet sich ja bei ausserordentlich vielen Zuständen. Der Vortragende führte vorhin selbst an, dass in den schwersten Fällen bei sogenannter Nephritis die Temperatur bis zu 105 Grad stieg, und das würde allein schon genügen, um etwas Albuminurie zu verursachen. Bei Cholera ist Albuminurie bekannt und auch von diarrhoischer Albuminurie öfter die Rede gewesen; so viel ich weiss, wurde dies immer nur auf Stauungserscheinungen zurückgeführt. Ich möchte Herrn Dr. Seibert zu weiterer Erklärung fragen, was er für den Nachweis der Nephritis gehalten hat, ob er auch öfter frische Blutkörperchen gefunden hat. Ich möchte die Anwesenheit einer grösseren Zahl rother Blutkörperchen zunächst einmal als absolut nothwendig für die Diagnose Nephritis voraussetzen. Wenn Nephritis wirklich so ausserordentlich häufig sein sollte in diesen Fällen, so däucht mir, würden wir

viel öfter bei geheiltem akutem Darmkatarrh chronische Nephritis zurückbehalten. Herr Dr. Seibert wird uns vielleicht darüber Aufschluss geben können, aber so viel mir bekannt, sind Nephritiden als Folgekrankheiten nach acutem Darmkatarrh nicht häufig. Die Schwächezustände, die Dr. Seibert ebenfalls hauptsächlich auf Nephritis zurückzuführen wünscht, lassen sich auf allgemeine Geschwächtheit infolge geringer Ernährung schon allein zurückführen als einen genügenden Grund. Die Ernährung leidet ja ganz enorm durch den Darmkatarrh, und die Erholung nimmt manchmal ausserordentlich lange Zeit in Anspruch. Es wäre sehr dankenswerth, wenn uns Dr. Seibert noch etwas Näheres über den mikroskopischen Befund des Harns mittheilen wollte.

Dr. Schmitt: Meine Bemerkungen sind theilweise veranlasst durch die Aeusserungen Dr. Langmann's. Bei allen Infectionskrankheiten haben wir uns nach den Ausgangspforten umzusehen, durch welche das Gift den Körper verlässt. Darm, Haut, Nieren und Lungen kommen dabei in Betracht. Wenn bei Infectionskrankheiten Toxine sich im Körper bilden, so ist es mir klar, dass die Niere eine grosse Rolle bei der Elimination solcher Giftstoffe theilt. Die Eiweissausscheidung, die sich dann einstellt, betrachte ich als einen Reizungszustand der Niere und speciell als eine physiologische, dem Körper wohlthätige Erscheinung. In vielen Fällen sind diese Reizungszustände vorübergehender Natur, in anderen führen sie zu bleibenden Störungen. So ist es nicht allein bei Darmkatarrh, sondern auch bei Scharlach, bei Diphtherie. Viele Nephrititen heilen dabei aus, andere bleiben bestehen. Welche Anhaltspunkte haben wir am Krankenbette, physiologische Reizzustände von wirklichen Störungen zu unterscheiden? Die An- oder Abwesenheit von Cylindern ist soweit entscheidend für die Existenz oder Nicht-Existenz einer Nephritis.

Dr. A. Seibert (Schlusswort): Ich muss mich vorerst gegen die Idee verwahren, als ob ich den Eiweissbefund als genügend zur Diagnose Nephritis erachte. Davon steht in meinem Vortrag nichts. Wer das daraus gehört hat, dem kann ich natürlich nicht helfen. Den Dank, der mir nach Dr. Langmann „für die Ausfüllung einer Lücke in der Pathologie" erstattet werden soll, muss ich entschieden zurückweisen. Die Pathologen in Deutschland, deren Namen ich erwähnt habe, haben diese Lücke längst ausgefüllt, füllte aber das Verlesene Dr. Langmann's Ansicht nach eine Lücke heute Abend, so befand sich dieselbe sicher nicht in der wissenschaftlichen Pathologie. Die Choleraniere ist ebenso längst als direkte Infection der Niere und der unklare Begriff der Stauungsniere, den Dr. Langmann festhält, klargelegt worden, ebenso wie diphtherische Nephritis längst als direkte Infection der Niere und partielle Entzündung nachgewiesen worden ist. Auch sind die pathogenen Bacterien des Darmes im Blut und in den entzündeten

Nieren von an Gastro-Enteritis leidenden Kindern (wie z. B. das Bacterium coli commune) gefunden worden. Bezüglich der Methode, nach welcher ich die Diagnose Nephritis stelle, kann ich Dr. Langmann nur sagen, dass ich das seinerzeit auf der Universität gelernt habe, und dass ich es genau noch gerade so übe, wie ich es damals lernte. Die Häufigkeit der infectiösen Nephritis beim Darmkatarrh der Kinder ist eine bewiesene Thatsache, die nicht ich zuerst behauptet habe, sondern deren Existenz und Entstehung in dem letzten Jahr durch die im Vortrag erwähnten vorzüglichen Arbeiten in Deutschland klargelegt wurden, und mein Vortrag heute Abend war nur ein ganz fragmentarischer Beitrag zu dieser Frage, um klinisch auch nachzuweisen, dass diese Veränderungen in den Nieren bei derartigen Erkrankungen von Kindern wirklich häufig vorkommen.

Dr. Langmann: Ich glaube nicht, dass Dr. Seibert mir geantwortet hat. Ich bin mir vollkommen bewusst, welche Methode für die Diagnose der Nephritis nothwendig ist, und denke, dass ich diese ebenfalls kenne. Ich habe Herrn Dr. Seibert höflich darum ersucht, uns Symptome anzugeben, was er in seinem Vortrag unterlassen hat. Wenn er dann behauptet, er könnte Jemanden nicht helfen, der aus seinem Vortrag das herausgehört hat, so thut es mir leid, dass er mir nicht helfen kann; er hat mir durch seine Aeusserungen nicht geholfen, denn er hat einfach seine Methode und Befunde verschwiegen und stellt seine Diagnose als unfehlbar hin.

Präs. Dr. Willy Meyer: Bei der Wahl sind 48 Stimmen abgegeben und beide Kandidaten einstimmig aufgenommen.

Ich habe ferner mitzutheilen, dass der protokollirende Sekretär Dr. Vulpius Amerika definitiv verlassen und sich in Heidelberg als Privatdozent niedergelassen hat. Unser stellvertretender protokollirender Sekretär ist nicht geneigt in die Stelle einzurücken, und so haben wir heute Abend nach Par. 5,3 der Nebengesetze Nominationen zum protokollirenden Sekretär vorzunehmen. Ich möchte mir persönlich gestatten, Dr. O. Bachmann zu nominiren.

Von Herrn Dr. Rose wird Dr. Leo Stieglitz vorgeschlagen, und darauf werden die Nominationen geschlossen.

Es erfolgte sodann noch die Vertheilung von Diplomen an Mitglieder.

Schluss und Vertagung.

Therapeutische Notizen.

Ueber die Reserption von Substanzen durch die gesunde Haut, speciell bei der Salicyltherapie. — Linossier und Lannois haben schon früher bezüglich des Guajacols bewiesen, dass dasselbe bei Aufpinselung auf die Haut resorbirt werde, und über 3 g dieser Substanz im 24-stündigen Harne des auf diese Weise Behandelten gefunden. Ihre neueren Untersuchungen betreffen das Methyl-salicylat, welches für die Behandlung des Gelenkrheumatismus alle Eigenschaften des salicylsauren Natrons besitzt und sich im Blute in letzteres umwandelt (innerlich gegeben). Die Application auf die Haut hat den Vortheil, den Verdauungscanal nicht zu schädigen und zugleich als locales Mittel an der afficirten Stelle zu dienen; das Methylsalicylat wird mittelst eines Pinsels in flüssigem Zustande (Zusatz von Fett oder Vaseline vermindert die Resorption), gewöhnlich in der täglichen Dosis von 4 g, gleichmässig auf die Haut des Oberschenkels verstrichen, dann mit einem undurchgängigen Stoffe bedeckt und schliesslich noch Watte umgewickelt, um eine zur Verdampfung günstige Temperatur zu erhalten. Nach einer derartigen Application von 4 g Methylsalicylat kann man im 24stündigen Harn bis 1,3 g Salicylsäure und ebenso im Koth eine beträchtliche Menge derselben finden. Linossier und Lannois glauben, dass ausser Guajacol und Methylsalicylat noch andere Substanzen auf dem cutanen Wege einverleibt werden können und zwar besonders jene, welche einen hohen Siedepunkt und trotzdem bei gewöhnlicher Temperatur einen gewissen Grad von Flüchtigkeit besitzen, wie das Eucalyptol. In Anbetracht der grossen Sorgfalt, mit welcher die Verdauungsorgane der Phthisiker zu behandeln sind, der Schwierigkeit der subcutanen Therapie und der Nothwendigkeit relativ grosser Dosen sollte das Eucalyptol ebenso wie das Guajacol auf dem Wege der „Hautpinselung" zur Anwendung kommen.

Behandlung der diffusen Bronchitis der Kinder mit heissen Bädern.— Nachdem bei jedem Kinde, welches mit einer fieberhaften (Temperatur über 39° per rectum) Bronchitis behaftet ist, die Gefahr einer Bronchopneumonie vorhanden ist, muss mit den besten Mitteln erstere bekämpft und letzterer vorgebeugt werden. In dieser doppelten Beziehung bewährte sich J. Renaut (Lyon) in über 100 Fällen die systematische Anwendung von heissen Bädern. Alle 3 Stunden, bei Tag und Nacht, messe man die Temperatur des Kindes und, sobald dieselbe 39° erreicht oder überschreitet, gebe man ein Bad von 38°, lasse den Patienten 7 bis 8 Minuten darin, den Kopf mit einem Tuch bedeckt und übergiesse von Zeit zu Zeit den Rücken mit Wasser von der Zimmertemperatur. Kindern von 2 bis 3 Jahren verabreiche man während des Bades etwas Champagner oder spanischen Wein oder Cognak mit

Wasser. Nach dem Bade trockne man das Kind rasch mit heissen Tüchern ab und bringe es sodann wieder ins Bett; nach dem dritten oder vierten Bad, zuweilen später, fällt das Fieber und steigt nicht mehr, das feuchte Rasseln wird weniger zahlreich und die diffuse Bronchitis wird zu einer leichten oder superficiellen. Manchmal muss man die Bäderbehandlung während einer Reihe von Tagen fortsetzen, in solchen Fällen wird der Uebergang der schweren Bronchitis in eine leichtere Form nicht erzielt, jedoch ihr Uebergang in die capilläre Form und Lungenentzündung verhütet. Neben dieser „localen“ Behandlung hält Renaut eine allgemeine, roborirende für angezeigt und verwendet dazu bei Kindern ebenso wie bei Erwachsenen das Chinin und zwar möglichst ohne Ausnahme in Form von Suppositorien, so dass der Magen geschont wird. Bei Kindern unter 2 Jahren werden 0,15 g schwefelsaueren oder noch besser bromsaueren Chinins, bei Erwachsenen 0,25 g je Morgens und Abends in das Rectum eingeführt und man muss damit noch einige Tage nach dem Nachlass des Fiebers, des Rasselns und der Benommenheit fortfahren. In manchen Fällen, wo die Erkrankung sehr ausgedehnt ist und schon einige Tage besteht, kann ein Brechmittel momentan von Nutzen sein und da gebe man von 10 zu 10 Minuten einen Kaffeelöffel Ipecacuanasirups. Nicht genug kann R. vor den Antipyreticis bei diffuser Bronchitis warnen und er ist der Ueberzeugung, dass das Antipyrin bei den letzten Influenzaepidemien für mehr Kranke die Todesursache war (durch Herzschwäche) wie die Erkrankung an sich.

Ein Verfahren zur Herstellung von Dünndarmkapseln ist unter No. 85,807 Herrn C. Friedrich Hausmann in St. Gallen i. Schweiz patentirt worden. In üblicher Weise hergestellte Gelatinekapseln, z. B. mit Terpentinöl-Füllung, werden 18 Minuten in eine 0,8 proc. Lösung von Formaldehyd gelegt, im Wasser abgespühlt, und bei 50° getrocknet, wobei die Gelatine derart verändert wird, dass sie zwar im Magensaft unlöslich ist, im Pankreasfermente des Dünndarmes aber sich in 2 bis 3 Stunden auflöst, so dass das Medicament erst im Dünndarm zur Wirkung gelangt. Die Kapseln eignen sich neben den Dünndarmpillen des Patents No. 85,808 für diejenigen Arzneistoffe, welche nur schwer in Pillenform zu bringen sind, wie ätherische Oele, Creosot, Guajacol, ätherische Pflanzenextrakte. Zur Härtung kann man die Gelatinekapseln auch mit Caliumbipranat behandeln und dann belichten. Ebenso ist vorgenanntem Herrn ein Verfahren zur Herstellung von Dünndarmpillen unter No. 85,808 patentirt worden. Man löst Schellack in Boraxlösung, dampft zur Trockene, befreit den Rückstand durch Lösen in Alkohol und Filtration von überschüssigem Borax, verdunstet den Alkohol, löst die hinterbliebene leimartige Masse, „Keratoïd“ benannt, wieder in Alkohol, überzieht mit dieser Lösung die Pillen, trocknet sie und bewegt sie dann 2 Stunden in 33 proc. Essigsäure hin und her und wiederholt das Ueberziehen mit Keratoïd-Lösung und die Behandlung mit Säure. Die Dünndarmpillen eignen

sich für Medicamente, welche die Magenschleimhaut reizen, z. B. Creosot, Arsenik, Eisenpräparate, Sublimat, oder die Verdauung schädigen, wie Tannin, Bleisalze, Höllenstein, Sublimat oder welche möglichst concentrirt in den Dünndarm gebracht werden sollen, weil sie nur dort wirken, wie Wurmmittel, Alkalien, Seife, Naphtalin, Abführmittel.

Als ein neues locales Anästheticum hat die Schering'sche Fabrik das Eucain als Ersatz des Cocain in den Handel gebracht. Seiner chemischen Constitution nach ist das Eucain als Benzolmethyltetramethyl-tr-Oxypiperidincarbonsäuremethylester zu bezeichenen. Die Eucainbase selbst ist wie die Cocainbase in Wasser fast unlöslich, bildet aber gleich dieser ein in Wasser leicht lösliches Salz Eucainum hydrochloricum $C_{19}H_{27}NO_4HCl$. — In der Hufeland'schen Gesellschaft zu Berlin am 16. April 1896 berichtete Gaetano Vinci (Messina) über Versuche, die er im Berliner pharmacologischen Intitut und an der Universitäts-Augenklinik mit dem neuen Mittel angestellt hat. Danach kommt das Eucain in seiner anästhesirenden Wirkung dem Cocain ungefähr gleich; es unterscheidet sich von diesem dadurch, dass es keine ischämische Wirkung entfaltet und nicht auf Pupille und Accommodation einwirkt. Auch soll es weniger giftig als das Cocain sein. In der rhino-laryngologischen Praxis ist das Eucain von Reichert, in der zahnärztlichen von Prof. Warnekros und Zahnarzt Kiesel mit gutem Erfolg angewendet worden, ebenso hat sich Schleich, der das Mittel für die Zwecke seiner Infiltrationsanästhesie in Verwendung zog, günstig über dasselbe ausgesprochen. Es scheint also in dem Eucain ein neues Anästheticum vorzuliegen, das vielleicht eine gewisse Rolle zu spielen berufen ist.

Bei hartnäckiger Epistaxis erzielte Maizonada (Centralbl. f. d. ges. Therapie), als alle sonstigen Mittel fehlschlugen, in folgender Weise rasche Heilung: Er spritzte mit dem Richardson'schen Apparat Aether in die Nase und die Blutung stand sofort auf die Dauer.

Gegen Zahnschmerzen empfiehlt Wotjoff (Therap. Monatsh., No 4, 1896) als sicher wirkendes Mittel:

Rp. Cocaini hydrochloric.................0.10
Camphoral
chloral hydrat aa........5.0

Dieser Mischung setzt man einige Tropfen Wasser zu, reibt sie zusammen, bis eine klare Lösung entsteht. Man tränkt damit Watte, legt sie in den hohlen Zahn ein und lässt sie einen Tag liegen.

Behandlung der Tachycardie mit intravenöser Seruminjection. Die sogenannte essentielle Tachycardie tritt, mit oder ohne nachweisbaren Herzfehler verbunden, paroxysmenweise in mehr oder weniger grossen Zwischenräumen (oft 1 Jahr und länger) auf und pflegt Tage, zuweilen auch unter kurzen Pausen Wochen hindurch anzuhalten; je länger die Dauer, desto schlechter die Prognose. Das Krankheitsbild besteht in plötzlich auftretendem Angstgefühl, Athemnoth und hef-

tigem Herzklopfen bis zu 220, ja 300 Schlägen in der Minute; in schwereren Fällen stellen sich Cyanose, hochgradige Aufregung, sehr schmerzhafte Wadenkrämpfe ein, während der Puls im Gegensatz zur heftigen Arbeit des Herzens fadenförmig und leicht unterdrückbar ist (arterielle Hypotension). In einem der beiden Fälle, welche Chauffard behandelte, schien der Zustand sehr gefährlich und der Tod bereits nahe; nachdem bereits Injectionen von Coffein, Spartein, Ergotin und Alkohol in jeder Form der Reihe nach vergebens angewandt waren, wurde eine intravenöse Injection künstlichen Serums (1250 ccm.) gemacht. Nach einer Stunde war die Zahl der Pulsschläge auf 100 gesunken, die arterielle Spannung gestiegen und der Patient schlief zum erstenmale seit Beginn des Anfalls die ganze Nacht. Als Reaction der Einspritzung folgten Diarrhoe und drei Tage lang Polyurie, während die Besserung anhielt. Bei schweren Formen der essentiellen Tachycardie, wenn die Herzkraft nachlässt, Bewusstlosigkeit und Herzlähmung drohen, ist diese sonst unschuldige Behandlungsmethode geradezu als lebensrettend zu betrachten. Bullet. Medic. No. 33, 1896.

— Formol empfiehlt als ausgezeichnetes Mittel gegen den üblen Geruch bei Schweissfüssen Orth-Göttingen (Berliner Klin. Wochenschrift): „Man lasse Morgens und in schweren Fällen auch Abends die Füsse mit einem in die Formollösung (1 Esslöfel auf 1 Liter Wasser) getauchten Schwamm oder Tuch tüchtig abreiben, besonders zwischen den Zehen." Auch das Schuhwerk lässt sich durch Ausreiben und Waschen mit dieser Lösung leicht desodorisiren."

Allerlei.

Wir werden um die Aufnahme folgender Notiz gebeten:

Special Regulations for the Second Pan-American Medical Congress, to meet in the City of Mexico, on the 16th, 17th, 18th and 19th of November 1896.

ENROLLMENT.

Art. 1. In order to be properly enrolled, each member of the Congress will pay to the Treasurer thereof in the City of Mexico, the sum of five dollars gold.

GENERAL SESSIONS.

Art. 2. There will be one opening session, one closing and one intermediate session of a purely scientific character.

Art. 3. The opening session, which will be of a solemn character and presided over by the Supreme authority of the Nation, besides being attended by the members of the Congress, will also be attended by the members of scientific societies, and other distinguished persons who may be invited. The session will be opened with the report of the General Secretary.

This will be followed by a speech of welcome, pronounced by the President of the Congress.

Two members will then speak on scientific subjects, and they will be followed by a speech from the President of the Republic. It is strongly recommended that the scientific speeches should be of short duration.

The intervals between the speeches will be filled up with musical performances.

Art. 4. At the closing session, the General Secretary will notify the place designated by the Congress for holding the third meeting.

Art. 5. The Treasurer will present his accounts to the Congress, showing the disbursements made of the funds entrusted to his care.

Art. 6. A scientific speech will be delivered and a short speech by one Representative of each one of the nations attending the Congress.

Art. 7. In the intermediate session, four speeches will be delivered on general matters, by persons who are highly distinguished in medical science, and who, having been in due time invited to do so, have accepted the commission; one of these speeches being pronounced by a Mexican physician, who shall be invited to do so by the Committee of Management.

Art. 8. No discussions will be held in the General Sessions.

SESSIONS OF THE SECTIONS.

Art. 9. These sessions will be held from 9 to 12 A. M. and from 3 to 5 P. M., in the places that may be designated by the Organizing Committee. They shall be presided over by the President of each section, alternating with the Vice-Presidents of each one of the nations that are represented in the respective sections.

Art. 10. The person who may be appointed by the committee of Organization, will be the ex-oficio Secretary of each section, and he will fill his post alternately with the Secretaries of the nations who may be represented in the sections; but should the latter not be present, their places will be supplied by the President in office.

Art. 11. The President will direct the discussion in accordance with the order of the day, and will decide all questions that may arise, and that may not be provided for in these regulations.

Art. 12. The ex-oficio Secretary will make out the minutes, and for that purpose, besides his own notes, will collect those of the Secretaries who may have acted in the section. He will also collect from the persons who may have spoken, the written extracts referred to in Art. 19.

Art. 13. All questions relating to the debates which are not provided for in these Regulations, will be decided in accordance with general parliamentary practice.

Art. 14. The voting will be by name or by putting the question.

PAPERS, EXTRACTS THEREOF AND DISCUSSIONS IN THE SESSIONS OF THE SECTIONS.

Art. 15. All papers will be presented in writing.

Art. 16. Each author will forward to the Secretary of the Organizing Committee in the City of Mexico and before the first day of August of the present year, an extract not exceeding 300 words, of the paper to be presented by him. These extracts will be printed in English, French and Spanish and will be distributed to the members of the Congress, before the session in which they are to be read.

Art. 17. No paper will be announced which is not accompanied by this extract; but the authors who comply with these conditions, will have a right to have their work published intact in the transactions of the Congress.

Art. 18. The reading of the papers in the sessions must not last more than 20 minutes; when the papers are so long that they cannot be read within that time, the authors will give extracts from them, either in writing or by speech; but they will be published intact in the transactions of the Congress and in the language in which they have been written.

Art. 19. The extracts referred to in the preceding article will be delivered at the same time as the papers, to the Secretary of the Section to which they pertain.

Art. 20. The members of the Congress who may take part in the discussions in any section, will present their speeches in writing at the termination of the sessions, to the respective Secretaries of such sections and they will also be published in the transactions.

Art. 21. The papers which have been announced for reading in the order of the day in each section, will serve as subjects for discussion. In such discussions, no speaker will be allowed to speak more than once and for five minutes; but the author of the paper under discussions, will be allowed to reply, if he considers it necessary, in one sole speech, which will not go beyond ten minutes.

AUXILIARY COMMITTEES IN THE MEXICAN REPUBLIC.

Art. 22. These Committees will be appointed by the Committee of Organization and will be composed of one member for each Local Medical Society, or in their absence, of one physician for every centre of population. They will co-operate with the Committee of Organization in promoting the success of the Congress. Said Committees will be appointed during the first months of the present year.

EXECUTIVE COMMITTEE.

Art. 23. In order to form this Committee, the Organizing Committee will appoint seven members, including the President, Secretary, Treasurer, and the Mexican representative in the International Executive Committee, and such members will attend to everything relating to the business of the Congress, in accordance with the regulations that they may adopt for that purpose.

Mexico, January, 1896.

DR. MANUEL CARMONA Y VALLE. DR. RAFAEL LAVISTA.
DR. EDUARDO LICÉAGA.

— Wir veröffentlichen den folgenden uns zugegangenen Bericht über Dr. Rose's Vortrag „Zur richtigen Aussprache des Griechischen" nur, weil es von Interesse sein mag, zu sehen, dass deutsche Aerzte im Auslande auch auf ihnen sonst ferne liegendem, nicht medicinischem Gebiete, dem der Philologie, Anerkennenswerthes leisten. Sollte der Traum Dr. Rose's, Griechisch als Sprache der Gelehrtenkaste eingeführt zu sehen, je in Erfüllung gehen, so wäre allerdings mit der Anbahnung der richtigen Aussprache schon etwas gewonnen. Da die

Versammlung keine Sitzung der Academy of Medicine war, sondern eine geladene Gesellschaft, so ist auch in dem unten beschriebenen Arrangement nichts Fremdartiges:

Am Freitag, den 5. Juni, fand die in letzter Nummer der New Yorker Medicinischen Monatsschrift angekündigte Vorlesung unseres Collegen Dr. A. Rose über die richtige Aussprache des Griechischen statt. Es war das Ganze jedoch nicht blos eine Vorlesung, sondern der Abend gestaltete sich zu einem glänzenden Fest, in vieler Hinsicht vielleicht das glänzendste, das in den Räumen der Academy of Medicine gefeiert worden.

Die Platform von Hosack Hall war aufs Reichste mit Blumen geschmükt, die zwei umfangreichen Säulen waren vollständig in Rosensäulen umgewandelt. An der Wand sah man neben der amerikanischen Flagge die griechische in ihrer edlen Einfachheit. Diese Fahne mit den mächtigen Streifen und dem grossen weissen Kreuz ist selbst eine Geschichte, die Geschichte des Krieges der grössten Grausamkeiten und der grössten Tapferkeit, des Befreiungskrieges vom Türkenjoch. Ein gewähltes Orchester trug dazu bei, dem Ganzen einen feierlichen Character zu verleihen. Die Zahl der Zuhörer war über zwei Hundert, ein grosser Theil davon waren Damen. Es ist unmöglich, auf die gehaltenen Reden näher einzugehen, weil dies allein mehr als eine Nummer dieser Zeitschrift ausfüllen würde. Der Präsident, Prof. Dr. Orris von der Universität Princeton sprach für jeden Redner eine kleine Einleitung und einen Epilog. Es herrscht nur eine Stimme unter Allen, die der Versammlung beigewohnt, nämlich, dass es unmöglich ist zu übertreiben, wenn man die Worte und die Art und Weise lobt, in der sich Professor Orris der übernommenen Pflichten eines Präsidenten entledigte. Dr. Rose sprach in der bekannten ihm eigenthümlichen begeisterten und überzeugenden Weise. Um die Zuhörer über die Schönheit der griechischen Sprache urtheilen zu lassen, liess er sein Töchterchen, das wir schon in der deutschen medicinischen Gesellschaft gesehen und gehört, griechisch sprechen und singen. Am Ende des Vortrags sprach er zu seinen griechischen Freunden in deren Sprache, als er schloss und als die Griechen in sein *ζήτω ἡ Ἑλλάς! ζήτω τὸ ἑλληνικὸν ἔθνος! ζήτωσαν οἱ φιλέλληνες ἀμερικανοί!* einstimmten, waren alle Anwesenden von Begeisterung ergriffen. Es ist unmöglich zu sagen, wem von den Rednern der meiste Beifall zu Theil wurde, dem griechischen Consul, Herrn Botassi, der ebenfalls eine Probe des herrlichen Klanges der griechischen Sprache gab, dem Präsidenten der Union Dime Savings Bank, Herrn Sprague, der mit glücklichem Humor durchwürzt seine Ansichten und Erfahrungen über griechische Aussprache ausdrückte, oder Professor Leotsakos, dem echten griechischen Professor, doch ja, den meisten Beifall erntete durch ihre liebliche Erscheinung Marie Rose, die achtjährige Tochter unseres Collegen. Sie wurde buchstäblich mit Blumenspenden überladen. Es war ein schöner Abend und wird Allen, die Theil nahmen, in Erinnerung bleiben.

Ἑλληνοφανής.

Virchow, bei Gelegenheit einer Diskussion in der Berliner Medicinischen Gesellschaft vom 18. März 1896, rügt den Gebrauch des Wortes „pathologisch“ als gleichbedeutend mit „krankhaft“. Er sagt dass pathologisch und krankhaft zwei verschiedene Begriffe seien.

Virchow hat ganz Recht. Büchertitel wie der bekannte des Buches von Niemeyer „Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie“ sind geradezu falsch. Ich besitze die griechische Uebersetzung dieses Werkes dessen Titel lautet: *Φ. Νιμεϋέρου ειδική νοσολογία καὶ θεραπευτική.* In dem Buche wird auch *πατολογική ἀνατομία* abgehandelt. Die Griechen von heute unterscheiden, wie Virchow, ganz bestimmt Pathologie von Nosologie.

Ich möchte hierzu bemerken dass diese von Virchow angeführte und viele andere Unrichtigkeiten wegfallen würden, wenn man sich entschliessen wollte bei griechisch seinsollenden Bezeichnungen sich zu erkundigen ob die wirklichen Griechen von heute, die sehr gewissenhaft und taktvoll in Bezug auf ihre Sprache sind, sie billigen. Die Menge von — oft lächerlichen — *ἑλληνοφανής*-Worten die man in unserer medicinischen Literatur liest, ist gross. Hoffentlich wird man bald seine Aufmerksamkeit dem lebendigen Griechisch zuwenden, dann werden die Barbarismen unmöglich sein. In der Nummer der Berliner Klin.-Wochenschrift die den Bericht der angeführten Verhandlung der Medicinischen Gesellschaft bringt, findet sich z. B. das so sehr beliebte *ἑλληνοφανής*-Wort, Polypragmasie, ein Wort dass nie im Griechischen existirt hat. Man meint natürlich *Πολυπραγμασύνη.*

Dr. A. Rose.

Eine medicinische Sreitfrage beschäftigte kürzlich in längerer Verhandlung die Injurien-Abtheilung des Schöffengerichts. Zwei Privatdozenten der hiesigen Universität standen sich als Gegner gegenüber, und zwar der Dr. med. Leopold Casper als Kläger, der Dr. med. Max Nitze als Beklagter und Widerkläger. In einer am 9. Januar d. J. stattgehabten Sitzung der medicinischen Gesellschaft erklärte Dr. Casper ein nach seinen Gedanken hergestelltes Instrument, wodurch es gelungen war, eine Schwierigkeit zu überwinden, welche von den

Aerzten schon seit 20 Jahren vergeblich bekämpft worden war. Es handelte sich darum, einen Katheter durch den Harnleiter im menschlichen Körper direkt bis zu den Nieren zu führen. Diese Schwierigkeit war dadurch überwunden worden, dass die Spitze des Katheters in eigenthümlicher Form gebogen war. Als Dr. Casper seinen Vortrag beendet hatte, wurde er von mehreren Anwesenden befragt, ob ihm nicht bekannt sei, dass Dr. Nitze bereits ein gleichartiges Instrument erfunden und ärztlichen Kreisen vorgeführt habe. Die Fragen wurden von Dr. Casper verneint. In einem demnächst im „Fachblatt für Chirurgie" veröffentlichten Artikel nahm Dr. Nitze die Erfindung für sich in Anspruch und gebrauchte dabei Redewendungen, in denen dem Dr. Casper der Vorwurf gemacht wurde, er habe sich des Diebstahls an geistigem Eigenthum schuldig gemacht. Es kam zu einer heftigen Fehde in den medicinischen Zeitschriften, bis sich daraus obige Klage wegen Beleidigung entwickelte. Im Termine dienten dem Kläger Rechtsanwalt Justizrath Kleinholz, dem Beklagten und Widerkläger der Rechtsanwalt Lobe als Beistand. Als Sachverständige waren Geheimrath Prof. v. Bergmann, Prof. Posener, Privatdozent Dr. Mendelsohn, der Vorsitzende des medicinischen Ehrenraths Dr. Flatow und Dr. med. Wolff geladen. Der Kläger blieb dabei, dass der ihm vom Dr. Nitze gemachte Vorwurf unbegründet sei. Schon seit vielen Jahren hätten sich Aerzte im In- und Auslande mit der Lösung des Problems beschäftigt, so z. B. Dr. Boilier in Frankreich und ein amerikanischer Arzt Namens Brown. Dass auch der Beklagten sich dem Thema gewidmet, habe er zwar gehört und aus einer kurzen Notiz im „Diagnostischen Lexikon" ersehen, aber er habe nicht gewusst, dass derselbe ein Instrument erfunden, welches sich bereits in der Praxis bewährt habe. Er bestreite entschieden, dass er das Prinzip von der Erfindung des Beklagten entlehnt habe. Beide Instrumente seien in der Ausführung auch verschieden, das seine sei mit einer Einrichtung versehen, wodurch ermöglicht werde, den Katheter im Harnleiter liegen zu lassen und die Metallröhre herauszuheben; diesen Vorzug habe das Instrument des Dr. Nitze nicht. Geheimrath v. Bergmann gab folgendes Gutachten ab: Es sei bedauerlich, dass eine derartige Frage vor das Laiengericht komme, viel richtiger wäre es gewesen, das Dekanat der Universität darüber entscheiden zu lassen. Nach seiner Meinung gebühre dem Privatbeklagten Dr. Nitze die Ehre der Erfindung, er sei es gewesen, der zuerst die Krümmung an dem Katheter angebracht habe. In allen medicinischen Versammlungen und Congressen sei das Dr. Nitze'sche System erörtert worden, es erscheine ihm geradezu unglaublich, dass Dr. Casper, welcher einem gleichen Ziele nachstrebte, keine Kenntniss von der Erfindung gehabt haben solle. Die von dem Kläger angebrachten Verbesserungen seien neu, aber das Prinzip sei dem Instrument des Dr. Nitze entnommen. In ähnlicher Weise äusserte sich Privatdozent Dr. Mendelsohn. Das Problem des Katheterisirens sei von Dr. Nitze gelöst, der schöpferische Gedanke sei die Krümmung an dem Instrument. Professor Dr. Posener begutachtete,

dass er das Nitze'sche Instrument seit geraumer Zeit kenne. Dasselbe habe auf dem medicinischen Congres in Rom Aufsehen erregt und sei dort vor vielen Fachleuten erklärt worden. Dasselbe sei in Wien der Fall gewesen. Instrumentmacher Hartwig, der als Zeuge vernommen wurde, bekundete, dass der Nitze'sche Apparat im Jahre 1893 in der königlichen Klinik in der Ziegelstrasse ausgestellt gewesen sei, der Kläger habe sich viel in der Nähe desselben aufgehalten, so dass er annehmen müsse, Dr. Casper habe ihn auch in Augenschein genommen. Dagegen bekundete der Instrumentenfabrikant Hirschmann, dass er nach den Angaben des Dr. Casper viele Versuche habe machen müssen, bis der Letztere endlich auf die Krümmung kam. Erst später hätten sie aus dem „Diagnostischen Lexikon" ersehen, dass Dr. Nitze eine gleiche Idee gehabt. Es wurde sodann festgestellt, dass der Ehrenrath der Aerztekammer sich nicht mit der wisenschaftlichen Streitfrage beschäftigt, sondern nur geprüft hat, ob Dr. Nitze sich einer Beleidigung schuldig gemacht habe. Dies ist im verneinenden Sinne entschieden worden. Die Widerklage war von Dr. Nitze erhoben worden, weil Dr. Casper in dem von ihm veröffentlichten Artikel behauptet hatte, dass gerade Dr. Nitze sich in mehreren Fällen das geistige Eigenthum Anderer angeeignet habe. In Betreff dieses Punktes erbot sich der Widerbeklagte zum Antritt eines umfangreichen Wahrheitsbeweises und berief sich auf das Zeugniss einer Anzahl ärztlicher Autoritäten, u. A. auf den Prof. v. Lewandowski in Wien und den Geheimrath E. Hahn in Berlin. An diesen Anträgen scheiterte das Zuendekommen der Verhandlung, denn der Gerichtshof beschloss, unter den schriftlich anzugebenden Zeugen eine Auswahl zu treffen und diese dann zum nächsten Termine zu laden.

— Im Jahre 1881 starben an Malaria in den Krankenhäusern der Stadt Rom 650 Patienten. Seitdem ist die Zahl der Malaria-Todesfälle von Jahr zu Jahr ständig zurückgegangen und betrug 1894 nur noch 140, während in demselben Zeitraum von 13 Jahren die Einwohnerzahl um 150,000 zugenommen hat. Die Malariakranken der römischen Spitäler sind zudem weitaus zum grössten Theile keine eigentlichen Bewohner der ewigen Stadt, sondern Land- und Erdarbeiter aus der Umgegend.

— (Universitätsnachrichten.) Berlin. Prof. Dr. Veit, Privatdozent der Frauenheilkunde an der hiesigen Universität, ein Schüler Karl Schröder's, ist als ordentlicher Professor und Director der Universitäts-Frauenklinik nach Leiden berufen worden. — Freiburg. i. B. Herr Geh. Hofrath Ziegler wurde zum correspondirenden Mitglied der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien gewählt. — Greifswald. Mit Beginn des Sommer-Semesters hat Prof. Grawitz das Rectorat übernommen.

— Die Forderung von 200,000 Mark als erste Rate zum Bau eines Sammlungsgebäudes für das pathologische Institut in Berlin, wurde von beiden Kammern des preussischen Landtages genehmigt.

— Curpfuscherreclame in geistlichen Blättern. „Der Hausvater," evangelisch-kirchliches Monatsblatt für Leipzig und Umgegend, heraus-

gegeben von Diaconus Ebeling, enthält in No. 7, 1896, folgende Anzeige: „Heilmagnetische Klinik von Gustav Pröhl, Leipzig, Kochstr. 59, I. I. Sprechstunden von 2—5 Uhr an allen Wochentagen. Behandlung nach der Methode des † Herrn Dr. Thimmler, Altenburg. Voraussetzung des Erfolges: entschiedener Gottesglaube und ernst christliche Gesinnung. Honorar nach Belieben."

Die deutsche Gesellschaft für Chirurgie, deren Jubiläumscongress überaus glanzvoll verlaufen ist, wählte zum Vorsitzenden für 1897 Prof. Bruns-Tübingen. Die Mitgliederzahl der Gesellschaft beträgt jetzt 730. Das Activ-Vermögen beträgt 580,610 Mark, die Passiven 216,000 Mark. Das Jahr schloss mit 20,070 Mark Einnahmen und 18,560 Mark Ausgaben ab. Der für das nächste Jahr aufgestellte Voranschlag stellt Einnahmen wie Ausgaben mit 28,530 Mark ein. Die Bibliothek der Gesellschaft hat sich im letzten Jahre, hauptsächlich durch Geschenke, um nahezu 2000 Bände vermehrt. Ueber die betreffs Begründung internationaler Chirurgencogresse gepflogenen Verhandlungen machte der Vorsitzende interessante Mittheilungen. Der Ausschuss hat eine Reihe von Bedingungen aufgestellt, unter denen die Gesellschaft ihren Beitritt zu dem geplanten Unternehmen erklären soll. Die wichtigsten sind folgende: Die Congresse werden in England, Deutschland, Frankreich und Amerika abgehalten, der erste 1900 zu London. Die Geschäftssprachen sind Deutsch, Französisch und Englisch. Mitglied des Congresses ist jedes Mitglied der nationalen chirurgischen Gesellschaften jener vier Länder. Im Uebrigen können nur noch 250 Chirurgen Mitglieder des internationalen Congresses werden. Jeden Congress leitet ein Committee aus dem Lande, in dem der Congress abgehalten wird. Die Versammlung genehmigte den Beitritt der Gesellschaft unter diesen Bedingungen.

— (Todesfall.) Der bekannte englische Kliniker, Sir J. Russel Reynolds, ist in London gestorben.

Verzogen.

Dr. L. Heitzmann, 39 West 45. Str.

" Ernst Schalck, 205 West 105 Str.

" A. Zederbaum hat sich in Denver, Colo., 1528 Lincoln Ave. niedergelassen.

An die Leser.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

OTTO G. T. KILIANI,
133 E. 57. Str.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

herausgegeben von

Redigirt von

DR. OTTO G. T. KILIANI.

Bd. VIII. New York, Juli 20. 1896. No. 7.

ORIGINALARBEITEN.

Ueber Blutdiagnostik und einige der wichtigsten Fortschritte in der Lehre vom Blut.*)

Von

DR. F. SCHWYZER.

Hand in Hand mit der Entwicklung der Microscopie und der physiologischen Chemie entstand seit den 40ger Jahren die moderne Lehre vom Blut. In den letzten zehn Jahren hat dieselbe so grosse Fertschritte gemacht, dass wir mit Befriedigung auf den jetzigen Standpunkt blicken und in naher Zukunft weitere Bereicherung unseres Wissens erwarten können. Wir sind im Stand eine Anzahl besonderer Krankheitsbilder aus dem Blute zu diagnosticiren; Therapie und Prognose hängen oft ganz von der Blutuntersuchung ab, und vielleicht gelingt es mit der Zeit, Bestimmungstabellen der Blutdiagnostik zu erstellen, welche einem jeden Arzte ermöglichen werden, nicht nur die speciellen Blutkrankheiten und die Malaria, sondern auch andere Protozoenkrankheiten, vielleicht gar Masern, Scharlach, Carcinom, zu erkennen. Freilich vor der Hand sind die Verhältnisse zu complicirt, gar vieles ist noch nicht aufgeklärt, und der Pathologe wird ein grosser Mann sein, welcher die Hämatologie zu einem klaren Ganzen gestaltet.

---

*) Vortrag, gehalten in der Wissenschaftlichen Versammlung der Aerzte des deutschen Dispensary, am 18. Februar 1896.

Das Blut ist ein alkalisch reagirendes Fluidum, bestehend aus einer Flüssigkeit, dem Plasma, und den darin suspendirten körperlichen Elementen, den roten und weissen Blutkörperchen und den Blutplättchen. Für eine gewöhnliche Untersuchung brauchen wir etwa 6 Tropfen Blutes, welche wir am Besten durch Einstich einer breiten Nadel in die Fingerkuppe oder den Nagelfalz gewinnen. Davon verwenden wir einen Tropfen zur frischen microscopischen Untersuchung, einen zur relativen und absoluten Zählung der roten und weissen Blutkörperchen, einen zur Anfertigung von 4—6 Trockenpräparaten, und einige zur Hämoglobinbestimmung. Die Untersuchung des frischen Blutes ist gerade so wichtig, wie die Färbung. Schon microscopisch kann man aus der Farbe des Tropfens schwere Blutveränderungen erkennen; auch die Gerinnungsfähigkeit lässt sich beurtheilen. Bringen wir einen Tropfen, bedeckt von einem Deckgläschen, unter das Microscop, so können wir aus Grösse, Gestalt, Farbe etc. der roten und teilweise auch der weissen Blutkörperchen den Schluss ziehen, ob z. B. ausgesprochene Leukämie oder schwere Anämie oder Malaria vorhanden sei. Die Intensität einer Anämie werden wir nach dem Grade der Poikilocytose beurteilen.

Die Blutplättchen sind ebenfalls zu berücksichtigen, denn bei Fieber und anderen Krankheiten sind sie stets vermindert. Ihre Zahl ist nach Engel umgekehrt proportional der Leucocytenzahl.

Die Gerinnung tritt vor unseren Augen ein, wir sehen die Fibrinfäden entstehen.

Die roten Blutkörperchen legen sich bald in der bekannten Geldrollenform aneinander,—tritt dieses Phänomen nur langsam und unvollständig ein, oder fehlt es, so haben wir eine schwere Bluterkrankung vor uns.

Die Grösse der roten Blutkörperchen wird am Besten am frischen Präparate gemessen. Sie ist ziemlich beträchtlichen Schwankungen unterworfen — bei Anämien beträgt sie oft nur 6μ im Mittel, bei Stauungszuständen gewöhnlich 8—8½. Nach Limbeck ist die rote Blutzelle in der Arterie etwa ein Zehntel Diameter grösser als in der Vene, wie er meint in Folge Aufnahme von Sauerstoff. Mir scheint es viel wahr-

scheinlicher zu sein, dass diese Differenz auf Unterschiede des Salzgehaltes, resp. der Salzarten im arteriellen und venösen Blute zurückzuführen ist. Eine interessante Untersuchung am frischen Blute ist die Bestimmung der Resistenz der roten Blutkörperchen, welche sich darauf stützt, dass dieselben das Hämoglobin in Serum und physiologischer Kochsalzlösung festhalten, dass sie aber in dünneren Salzlösungen und in destillirtem Wasser den Farbstoff abgeben. Resistente Blutkörperchen halten in 4prozentigen Salzlösungen das Hämoglobin noch zurück, während schwache schon bei 5prozentiger dasselbe abgeben. Die unschädlichen Lösungen nennt man isotonisch.

Als eine Untersuchungsmethode, welche bei sorgfältiger Ausführung an Genauigkeit nichts zu wünschen übrig lässt, ist die Zählung der Blutkörperchen in der Thoma—Zeiss'schen Camera zu bezeichnen. Durch den Zeiss'schen Apparat sind die älteren, wie diejenigen von Hayem, Gowers, Mallassez wol ziemlich verdrängt, ich selber besitze mit den anderen keine Erfahrung. Das Princip, welches die meisten der Herren kennen werden, ist sehr einfach. Wir verdünnen in einer Mischpipette das Blut auf $^{1}/_{100}$, zählen die Summe der roten und weissen Blutkörperchen in einem gemessenen Volumen dieser Blutmischung, und schliessen daraus auf die Zahl der morphotischen Elemente im cmm. Die Fehlerquellen dieser Methode sind besonders von Reinert in einer Monographie besprochen worden. Das Wichtigste ist, bei der Blutentnahme jeden Druck auf den Finger zu vermeiden, da sonst Lymphe aus der Wunde hervorquillt, wodurch die absolute Zahl der roten Blutkörperchen im cmm. um 10—20 Prozent herabgesetzt wird. Alferow hat die Blutkörperchen photographirt und dadurch das Zählen wesentlich erleichtert. Für die Praxis sind diese und andere noch complicirtere Methoden ungeeignet. Eisholz hat eine recht hübsche Art der Leucocytenzählung eingeführt, welche nach meiner Erfahrung gute Resultate giebt. Man saugt in den Melangeur bis zur Marke 1 Blut, dann die Hälfte der Kugel voll wässeriges Eosinglycerin und hierauf bis zur Marke 101 Genzianaviolettlösung. Die roten Blutkörperchen verschwinden, sie werden aufgelöst durch das Glycerin, während die Leucocyten differenzirt ge-

färbt werden, sodass man nicht nur die absolute, sondern auch die relative Zahl der verschiedenen Leucocyten bekommt.

Der Thoma-Zeiss'schen Zählmethode ist seit einigen Jahren ein Concurrent entstanden in dem Hämatokriten, welcher auf Grund einer Arbeit von Hedin construirt und später von Gärtner verbessert wurde. Derselbe besteht aus einer Centrifuge, in der zwei graduirte Capillarröhrchen, gefüllt mit verdünntem Blut, centrifugirt werden. Die Einteilung derselben erlaubt ein directes Ablesen von je 100,000 roten Blutkörperchen. In den letzten Jahren sind manche Stimmen gegen den Apparat laut geworden. Die Bestimmungen gehen nach Friedheim weder mit dem Hämoglobingehalt, noch mit der Zählung, noch mit dem spec. Gewicht parallel, vielmehr sind sie abhängig von dem individuellen Blutkörperchenvolumen. Das Letztere ist sogar bei dem einzelnen Individuum eine variable Grösse und wechselt, wie Köppe nachgewiesen hat, mit dem Quellungsgrade der Blutscheiben.

Obwohl der Hämatokrit nicht als sehr zuverlässig bezeichnet werden darf, so scheint es mir ein schroffes Urteil, wenn Leopold Bleibtreu denselben für wertlos erklärt und den Wunsch ausspricht, er möge schleunigst aus den medicinischen Laboratorien verschwinden. Mir scheint es immerhin einen gewissen Werth zu haben, die Volumina der roten und weissen Blutkörperchen bestimmen zu können, und sicherlich lassen sich daraus wenigstens vorläufige Schlüsse ziehen.

Zur separaten Gewinnung der Leucocyten aus dem Blute habe ich schon öfters die Centrifuge angewendet, und dieselbe ist, sowohl für Untersuchung fixirter Leucocyten, als auch zur Gewinnung lebendiger für physiologische Experimente geradezu unentbehrlich.

Als Normalzahl der roten Blutkörperchen im cmm. werden 5,000,000 angegeben. Frauen haben etwas weniger, Männer etwas mehr, Neugeborene meist gegen 6,000,000. Die höchsten Werte, 8—9,000,000, sind bei angeborener Pulmonalstenose zur Beobachtung gekommen (Bannholzer); die niedrigsten — 150,000 — bei perniciöser Anämie (Quincke). Das Verhältniss der weissen zu den roten wurde früher auf 1 zu 3—600 angegeben, jetzt 1 zu 4—800, sodass Zahlen, die unter 4 und über 11,000 im cmm. liegen nicht mehr als normal zu betrachten

sind (Halla). Stricker setzt die Maximalzahl des normalen bis auf 20,000.

Die Untersuchung des fixirten Deckglaspräparates ist von den neueren Forschern, besonders Ehrlich, ausgebildet worden. Die Fixation dient dazu die Form der Zellen, die Körnung des Protoplasmas, die Structur der Kerne, und das Hämoglobin zu erhalten. Das Letztere ist leicht löslich und wird aus dem roten Blutkörperchen ausgelaugt, sobald die schützende Stromahülle alterirt ist. Die sicherste Methode der Fixation des Hämoglobins ist nach Ehrlich lange dauerndes Erhitzen auf 115—120° C. (im Heissluftofen oder auf einer Kupferplatte). Auch die complicirten Eiweisskörper, welche als Granula in den weissen Blutkörperchen vorhanden sind, werden so fixirt, dass sie beim Färben weder in dem Protoplasma des Zellleibes, noch in den verschiedenen Flüssigkeiten sich lösen. Auch die Kernstructur wird durch die Hitze gut erhalten. Andere Fixationsmittel sind Sublimatalkohol, Alkohol-Aether aa, oder auch 4prozentige Formaldehydlösung. Neuerdings ist Formalin 1 ccm.-Alkohol 9 ccm. empfohlen worden; es fixirt in einer Minute und die Präparate werden direct darnach in die Farbe gebracht.

Die Ehrlich'sche Trockenmethode leistet mindestens so viel, wie die theoretisch viel richtigere Fixirung des Blutes durch Einträufeln in coagulirende Lösungen, wie Flemmings Chromosmiumessigsäure und nachheriges Einbetten und Schneiden.

Wir wollen nun zur Betrachtung der einzelnen Blutkörperchen übergehen und zunächst die roten besprechen. Wir unterscheiden kernlose und kernhaltige rote Blutkörperchen. Die kernlosen nennt Ehrlich Cyten, die kernhaltigen Blasten. Zu den Cyten gehören: Die Erythrocyten d. s. die normalen; ferner die pathologischen Formen, die Micro-, Macro-, Gigantocyten, nach der Grösse, und die Poikilocyten nach der Form. Die Blasten teilt Ehrlich ein in Normoblasten (normal grosse kernhaltige), Micro-, Megalo- und Gigantoblasten und, wenn sie von unregelmässiger Form sind Poikiloblasten. Ueber das Vorkommen der einzelnen Formen wollen wir hier in Kürze folgendes bemerken: Die Erythrocyten sind die Elemente des normalen Blutes, Microcyten finden sich bei Bluterkrankungen

jeder Art, bei Anämien regelmässig in grosser Zahl, jedoch fehlen sie bei der Chlorose. Poikilocyten, sowie Macro- und Gigantocyten sind bei schweren Anämien stets vorhanden. Kernhaltige kommen beim normalen Erwachsenen nicht vor. Bei secundären Anämien findet man meist nur Normoblasten, bei primären und besonders bei sehr schweren Formen erscheinen Megalo-, Giganto- und Poikiloblasten. Bei schweren Allgemeinerkrankungen sind die roten Blutkörperchen manchmal polychromatophil, d. h. sie färben sich teilweise mit sauren, teilweise mit basischen Farbstoffen, ein Verhältnis, welches von einzelnen Autoren als Necrobiose der Erythrocyten gedeutet wird.

Die Leucocyten sind nach zwei verschiedenen Principien eingeteilt worden. Gewöhnlich unterscheidet man nach Kernform und Grösse 1) mononucleäre Leucocyten, zu welchen die kleinen und die grossen Lymphocyten und die sogenannten Markzellen gehören. 2) polymorphkernige und 3) polynucleäre Leucocyten. Von den einkernigen sind die kleinen Lymphocyten ungefähr so gross wie ein rotes Blutkörperchen, die grossen doppelt so gross, und beide haben einen mit basischen Farbstoffen intensiv tingirbaren Kern. Der Kern der Markzellen dagegen ist äusserst chromatinarm. Die polymorphkernigen Leucocyten haben einen chromatinreichen, langgestreckten, aber zusammengeknitterten Kern, dessen Form der Zelle ermöglicht durch die kleinsten Oeffnungen hindurchzukriechen. Zerfällt dieser lange Kern in mehrere, die ebenfalls intensiv tingirbar sind, so bekommt man einen polynucleären Leucocyten.

Eine andere Art der Einteilung stützt sich nach Ehrlich auf die G r a n u l i r u n g des Protoplasmas. Er fand in vielen weissen Blutkörperchen körnige Eiweisssubstanzen eingelagert, die chemisch vom Protoplasma der Zelle verschieden sind, und welche er nach ihren Reactionen in fünf Gruppen einteilte und als α—ε Granulirung bezeichnete. Nach neueren Arbeiten hat man die β und δ Körnung wegfallen lassen und unterscheidet nach der Affinität zu Farbstoffen drei Arten: acidophile, basophile und neutrophile Granula. Die acidophilen Körner zeichnen sich dadurch aus, dass sie aus einer Mischung von sauren und basischen Anilinfarben, z. B.

Eosin und Methylenblau, die sauren aufnehmen, während die basophilen sich mit den basischen, z. B. dem Methylenblau, färben. Die neutrophilen Körner endlich, welche richtiger neutralophil zu nennen wären, färben sich mit neutralen Anilinfarbsalzen und mit neutralen Mischungen von Farbsäuren und Basen. So tingirt eine Mischung von Säurefuchsin und Methylgrün die neutrophilen Granula braunrot. Beiläufig wollen wir hier bemerken, dass Albuminate auf saure, Nucleine auf basische Anilinfarben reagiren, d. h. Eiweiss verhält sich wie eine Base, Kernsubstanz wie eine Säure.

Die Klinik hat leider noch keinen auffallend grossen Gewinn von diesen Farbenreactionen.

Den Granula kommt nach Arnold eine funktionelle Bedeutung zu, aber aus der Art der Granulirung lässt sich kein Schluss ziehen auf den Ursprung der betreffenden Zelle. Auch sollen nach Zenoni die Granula im Blute von einer Form in die andere übergehen.

Unter den Körnungen hat besonders die acidophile grosses Interesse erweckt. Die eosinophilen Zellen kommen im normalen Blute vor und betragen 1—5 Prozent der Leucocyten. Nach Swerschenski, Limbeck, und andern sind sie vermehrt vor einem Asthmaanfalle, erscheinen dann im Sputum, und sind nach dem Anfalle im Blute sehr spärlich, während dann die neutrophilen Zellen vermehrt sind. Im malignen Lymphom finden sie sich in grossen Mengen, bei Leukämie schwankt ihre Zahl. Vor einem Jahr fand ich bei einem Leukämiker fast 30 Proz. sämmtlicher Leucocyten eosinophil gekörnt; seit Monaten sind sie verschwunden und haben glatten, und neutrophilen Markzellen Platz gemacht. Harmsen fand im Blute eines nicht fast nur eosinophile polynucleäre Zellen, sodass man doch die entzündlichen Hämatothorax 6 Tage nach der Verletzung eosinophile Substanz mit dem Hämoglobin in Verbindung bringen könnte, um so mehr als Barker darin Eisen nachgewiesen hat.

Auf die Funktion der Granula wird einiges Licht geworfen durch eine Arbeit von Martin Hahn in München. Schon Hankin und Kanthak haben behauptet, das antiseptische Princip des Blutes, das Alexin, stamme aus pseudoeosinophilen Zellen. Hahn konnte nachweisen, dass das

Alexin ein Nucleinderivat ist, und dass dasselbe von lebendigen Leucocyten (wahrscheinlich neutrophil gekörnten) secernirt wird. Vermehrung dieser Leucocyten bedeutet also Erhöhung der antiseptischen Kraft des Blutes. Pawlowsky konnte Kaninchen gegen Pneumococceninfection imunisiren, indem er Leucocytose erregte durch Einspritzung von Papayotin; Loewy und Richter durch Einspritzung von Spermin. Bestätigen sich die Befunde von Hahn, so muss nachgewiesen werden, welche Leucocyten am Meisten von dem köstlichen Stoffe, dem Alexin, enthalten; und bald werden die Lebensversicherungsgesellschaften nicht nur auf Albumen und Zucker fahnden, sondern auch auf die bactericiden Zellen des Blutes.

Das Verständniss der verschiedenen obengenannten Zellformen wird nur möglich, wenn man die Genese derselben kennt. Im Embryo geschiet die Blutbildung lange bevor Milz, Lymphdrüsen und Knochenmark sich differenzirt haben. Zuerst finden sich grosse, hämoglobinhaltige, vielkernige Zellen, aus welchen zum Teil Gefässanlagen, zum Teil die sogenannten Metrocyten (Engel) sich entwickeln. Die Metrocyten vermehren sich durch mitotische Kernteilung und trennen sich schliesslich in einen Erythrocyten erster Ordnung (einen Megalocyten) und in einen Megaloblasten, aus welchem ein gewöhnlicher Erythrocyt und eine gekernte Zelle hervorgeht, die Erythro- oder Leucoblast genannt wird, je nachdem im Plasma Hämoglobin vorhanden ist oder nicht. Diese Zelle kann aber auch gleich zerfallen, und bildet dann einen Haufen von Blutplättchen. Diese möchte ich mit Howell für fragmentirte Kerne von Leucocyten halten. Löwitt erklärt sie für ausgefälltes Globulin, Bouchet nennt sie Bausteine der roten Blutkörperchen, Mondino und Sala behaupten sogar die Blutplättchen vermehren sich durch Karyokinese.

Die L e u c o c y t e n entwickeln sich im Embryo später als die roten und in den lymphbildenden Organen, welche Ziegler als Teile des Mesenchymes bezeichnet mit embryonalen Charakter. Die weissen Blutkörperchen gehören vielleicht mit Ausnahme der mehrkörnigen der Lymphe an, und finden sich im Blute gerade so gut wie in manchen anderen Organen.

Ganz in derselben Weise wie beim Embryo geht auch beim Erwachsenen die Blutbildung von Statten, nur ist die Entstehung der Erythrocyten in erster Linie ans Knochenmark, in zweiter Linie an die Milz gebunden. Ich muss mir leider versagen auf andere Theorien der Blutgenese einzugehen. Nach dem eben erörterten ist es wohl klar, dass die Erkrankungen der erythrocytenbildenden Organe strenge zu trennen sind von denjenigen der Leucocytenbildenden. Wie weit die verschiedenen pathologischen Zustände unter die Begriffe Hypo- und Hyperproduction der blutbildenden Organe einzureihen sind, können wir noch nicht entscheiden; auch dürfen wir nicht alle Anomalien der Blutzusammensetzung auf Schuld dieser Organe schieben. Es kann eine primäre Veränderung der Blutflüssigkeit einen erhöhten Zerfall der weissen oder roten Körperchen zu Stande bringen, wodurch — bei Ueberladung des Blutes mit Zerfallproducten spec. der weissen — eine Leucocytenmehrbildung angeregt würde.

Die relativen Zahlen der Körperchen im normalen Blute scheinen mir dadurch aufrecht erhalten zu werden, das Zerfall und Neubildung innig zusammenhangen. Gehen viele Leucocyten zu Grunde, so wird das Plasma viele Nucleinsäuren- und Basen enthalten, welche ihrerseits bekanntlich das beste Mittel sind, um in wenigen Stunden die Leucocytenzahl zu verdreifachen. Zerfallen viele Rote oder ist die Oxydation gehemmt, so wird im Knochenmark Sauerstoffhunger entstehen, und damit vielleicht der Reiz zur Teilung; denn die Erythrocytenbildung ist umgekehrt proportional mit der Sauerstoffspannung der Luft, also der Oxydationsmöglichkeit. Jaruntowski und Schröder, Mercier und andere Autoren haben das Verhältniss von Blutkörperchenzahl und Elevation genau studiert, je höher die letztere, um so grösser die erstere. Schon wenige hundert Meter (à 3½—4 mm. Quecksilber) machen eine Differenz in der Blutkörperchenzahl erkennbar. Bei künstlicher Erniedrigung des Luftdrucks um 80 mm. wurde bei Tieren eine Vermehrung der roten Blutkörperchen um 17, des Hämoglobingehaltes um 25 Prozent gefunden. Wenn Sie aber, meine Herren, bedenken, dass auf Meeresniveau Barometerschwankungen von 60—70 mm. Quecksilber möglich sind, so müssen Sie mir beistimmen, wenn ich annehme, dass die Ery-

throcytenzahl stets beträchtlich mit dem Barometer schwanke. Wenn die Differenzen auch nur auf 3—10 Prozent zu schätzen sind, so müssen sie sich doch fühlbar machen, und erklären vielleicht das Unbehagen, welches viele Leute empfinden, wenn der Barometer sinkt: Sauerstoffbedürfniss der Körperzellen, abnorme Reizbarkeit der Ganglien in Folge dessen.

Wenn wir das Blut vom chemischen Standpunkt aus betracten, so müssen wir stets daran uns erinnern, dass alle Gewebe von demselben durchflossen werden, dass jedes Organ das Seinige beiträgt zur Zusammensetzung der Blutflüssigkeit, dass also die Functionsstörung einzelner Organe die Composition des Blutes verändern wird. So haben Erkrankungen von Leber, Lungen, Nieren, Herz und Verdauungsorganen einen gewaltigen Einfluss auf das Blut.

Das Plasma, d. h. die Blutflüssigkeit, besteht aus Serum und fibrinogener Substanz. Leider können wir hier nicht auf die genauere Zusammensetzung des Blutserums eingehen, und ich muss auf eine Besprechung der pathologischen Beimengungen, wie Gallensäuren, Gallenfarbstoff, Zucker, Glycogen, Harnstoff, Harnsäure etc. verzichten. Glycogen ist ausser im Serum auch in den Leucocyten gefunden worden, nach Livierato besonders bei Pneumonie. Der Eiweissgehalt des Serums geht bei chronischen Krankheiten paralell mit den nutritiven Veränderungen des Körpers, je schlechter die Ernährung, um so geringer der Albumingehalt, letzterer ist aber bei acuten fieberhaften Erkrankungen erhöht. Für die Praxis ist die Eiweissbestimmung zu complicirt.

Die wichtigste der chemischen Blutuntersuchungen ist die Bestimmung des Hämoglobingehaltes. Die älteren Methoden sind verlassen (Hayem, Bizzozero) und nur die Apparate von Fleischl, Gowers und allenfalls noch Hénoque im Gebrauche geblieben. An critischen Arbeiten über die Methoden der Hämoglobinbestimmung fehlt es nicht. Die meisten Autoren geben Fleischl's Apparat den Vorzug, doch anerkennen z. B. Lederer, Osterspey, Noorden und Honigmann auch den Gower'schen Apparat. Ich selber benütze gewöhnlich das Gower'sche Hämoglobinometer, und halte die Fehlerquellen für nicht viel grösser als beim Fleischl'schen Apparat. Das Hämatoscop von Hénoque gestattet sowohl eine directe Ab-

lesung der Gewichtsprocente, als auch eine spectroscopische Bestimmung, welche für den Geübten wohl die sichersten Resultate giebt. Der Apparat hat ausserdem den Vortheil, dass er die Modificationen des Hämoglobins, das CO-und das Methhämoglobin erkennen lässt. Auf weitere Details wollen wir uns auch hier nicht einlassen, sondern übergehen zu den specifischen Gewichts-Bestimmungen. Eine practisch verwertbare, ziemlich genaue Methode hat Stintzing angegeben. In ganz kleine Glasschalen von bekanntem Gewicht mit genau eingeschliffenem Deckel giebt er etwa 5 Tropfen Blutes, wiegt sie frisch und nach 24stündigem Trocknen und findet aus der Differenz den Wassergehalt. Das spec. Gewicht des Serums bestimmt man auf dieselbe Weise nachdem man durch Centrifugieren von gerinnungsunfähig gemachtem Blute reines Serum gewonnen hat. Das normale Blut enthält 78—79 Prozent Wasser, pathologisches bis 90 Prozent. Bei Chlorose und Leucämie ist die Trockensubstanz weniger vermindert als bei Anämien. Bemerkenswert ist, dass beim gesunden Menschen reichliche Wasserzufuhr fast keinen Einfluss auf das spec. Gewicht des Blutes hat. Die Mehrzahl der Autoren neigt entgegen Schmalz zu der Ansicht, dass Eiweiss, Hämoglobin und Wassergehalt durchaus nicht immer im gleichen Verhältniss zu einander stehen, sodass nicht von dem einen auf das Andere geschlossen werden kann. Die bisher ausgeführten vergleichenden Untersuchungen werden wohl bald sichere Verhältnisszahlen aufstellen lassen, mittelst welcher der Chemiker einzelne Blutkrankheiten diagnosticiren kann. So wird z. B. ein fundamentaler Unterschied zwischen Chlorose und Anämie dadurch manifest, dass eine Chlorose mit 60 Prozent Hämoglobin bedeutend mehr Trockensubstanz zeigt als eine Anämie mit demselben Hämoglobingehalt. Bei der Chlorose enthält das Blut mehr rote Blutkörperchen als bei einer Anämie vom selben Hämoglobingehalt.

Die Methoden der quantitativen Bestimmung der Blutalkalescenz hat Loewy neuestens einer Kritik unterworfen. Er findet, dass Titrationen ungenaue Resultate geben, weil die Säure zu langsam mit den in den Blutkörperchen enthaltenen Basen in Berührung kommt, und macht daher das Blut erst lackfarben mittelst Glycerin. Das Schwierigste bei diesen

Bestimmungen ist das richtige Erkennen der Endreaction. In dieser Beziehung ist eine Methode, welche Geo. W. Jacoby und ich angewendet haben wol die Leichteste. Dieselbe haben wir in Pflügers Archiv 1895 beschrieben. Bei Urämie, Cholera und Säurevergiftung wird die Alkalescenz bedeutend herabgesetzt, bei Schwefelsäurevergiftung soll sogar saure Reaction eintreten.

Das Studium der Blutgerinnung gewährt einen Einblick in einen der wichtigsten Lebensvorgänge. Durch die Arbeiten von Kossel und seinen Schülern hat die Lehre von der Blutgerinnung grosse Fortschritte gemacht. Alexander Schmidt hat im Jahre 1892 die Summe seiner Lebensarbeit in einem Werke über Blutlehre zusammengefasst und seine alte Theorie vielfach modificirt. Seine neue Lehre ist so complicirt, dass sie beinahe unverständlich ist. Schmidt ist seither gestorben, es blieb ihm aber das Schwerste nicht erspart: er musste zusehen, wie sein schöner Bau ins Wanken kam, wie von jüngeren Forschern ganz andere und glückliche Wege eingeschlagen wurden. Nach seinem Tode ist noch ein weiterer Beitrag zur Blutlehre herausgekommen, mit vielen interessanten Gedanken, aber nichts wesentlich neuem. Die Schöpfer der neuen, und wohl bleibenden Gerinnungslehre sind Hammersten, Arthus und Pages, Pekelharing, Kossel und Lilienfeld. Hammarsten hat bewiesen, dass die fibrinoplastische Substanz zur Gerinnung nicht nötig ist, sondern nur Fibrinogen, Ferment und ein lösliches Kalksalz. Wird das Letztere mittelst Natriumoxalat ausgefällt, so kann das Blut nach Arthus und Pages nicht gerinnen. Pekelharing fand, dass Fibrinferment eine organische Kalkverbindung ist, welche an das Fibrinogen den Kalk abgiebt. Die Lilienfeld'sche Theorie lautet folgendermassen: Die Leucocytenkerne enthalten einen complicirten Eiweisskörper, das Nucleohiston, welches aus einem basischen peptonartigen Eiweisskörper, dem Histon, und einem sauren Nucleoproteid dem Leukonuclein, zusammengesetzt ist. Das Histon hemmt die Gerinnung, das Leukonuclein führt sie herbei. Zerfallen die Leucocyten, so geht das saure Leukonuclein in Lösung und verbindet sich mit dem Fibrinogen zu Thrombosin, welches mit Kalksalzen typisches Fibrin liefert. Das Fibrin ist also eine

Verbindung von Nucleinsäure, Fibrinogen und Kalk. Aus den Leukonucleinen (die ins Gebiet der Nucleinsäuren gehören) entstehen durch kleine Umsetzungen Xanthinbasen, welche Vorläufer der Harnsäure sind. Diese Xanthinbasen hat Neusser im Blute von Gichtkranken nachweisen können: Er fand zahlreiche mononucleäre Lymphocyten mit basicher Körnung und erklärt diese Granula für Zerfallsproducte des Nucleins. Dadurch und besonders durch die Untersuchungen von Richter hat die Lehre vón der Gicht eine andere Wendung genommen. Die Horbaczewski'sche Theorie, welche die Harnsäure von zerfallenden Leucocytenkernen ableitet, scheint sich zu bestätigen. Weintraud konnte diese Theorie in schönster Weise stützen. Er gab einem Menschen per Tag 2 Pfund Thymus, welche eine Masse Nuchein enthält und sah die Harnsäuremenge von circa ½ pro mille auf 2½ gr. pro die ansteigen. Die Leucocytenzahl war dabei nicht entsprechend vermehrt.

Betrachten wir etwas specieller die einzelnen Krankheiten, deren Diagnose und Prognose von der Blutuntersuchung abhangen, oder wenigstens von dieser beeinflusst werden können. Es kommen in Betracht Anämien, Leukocytose, Leukämie und specifische Blutparasiten.

Die Anämien können verursacht sein von einer primären Erkrankung des blutbildenden Organes, des Knochenmarks, oder von irgend einer Erkrankung eines anderen Organes, welche dann indirect durch Ernährungsstörung auf die Thätigkeit des Knochenmarkes einwirkt; oder es kann die Krankheit durch Zugrundegehen der roten Blutkörperchen veranlasst werden. Gehen viele derselben zu Grunde, so wird nach schon entwickelten Gesetzen die Production derselben steigen; es kann sich dabei sogar eine Art compensatorischer Hypertrophie des Knochenmarks entwickeln, wobei viele unreife Formen der Circulation übergeben werden. Wir finden dann im Blute diese unreifen Formen in Gestalt der Macro- und Microcyten, der verschiedenen Erythroblasten, die manchmal Mitosen zeigen, ja, zuweilen erscheinen sogar hämoglobinhaltige Riesenzellen. Diese Formen sind Zeichen von Regenerationsbestrebungen, sie können aber durchaus nicht dazu verwendet werden die Arten der Anämien zu unterscheiden; sondern sie sind nur bezeichnend für den Grad derselben. Bei

leichter Blutarmut fehlen sie fast ganz, sodass wir als gemeinsames Characteristicum des anämischen Blutes nur die Herabsetzung des Hämoglobingehaltes und der Zahl der roten Blutkörperchen bezeichnen dürfen.

Was nun die einzelnen Formen der Blutarmut angeht, so unterscheidet Hofmann Anämie durch Blutung, Anämie durch Inanition, Chlorose, und primäre perniciöse Anämie. Die acute Anämie durch Blutung zeichnet sich dadurch aus, dass Regenerationszeichen fehlen. Wir finden nur Herabsetzung von Hämoglobingehalt und Erythrocytenzahl, ein Umstand, der sogar in gerichtlichen Gutachten Verwendung finden könnte. Die Hungeranämie lässt sich von den Anämien durch Ernährungsstörungen leider nicht unterscheiden. Viele Versuche sind gemacht worden microscopische und chemische Unterschiede in den Blutbefunden bei Anämien in Folge von Carcinom, Tuberkulose, Nieren- und Darmkrankheiten zu entdecken, es sind aber erst wenige Angaben als sicher zu betrachten. Ziemssen findet bei chronisch parenchymatöser Nephritis den Hämoglobingehalt stets beträchtlich herabgesetzt, bei chronisch interstitieller dagegen normal oder erhöht. Bei Carcinoma ventriculi soll während der Verdauung keine Vermehrung der Leucocyten eintreten, während bei Ulcus eine Verdauungsleucocytose nicht fehlt. Bei Tuberculose ist das Blut, wenn kein Fieber vorhanden ist, beinahe normal; bei Carcinom dagegen sind spec. Gewicht, Eiweiss und Hämoglobingehalt, sowie die Zahl der roten Blutkörperchen herabgesetzt. Das Verhalten der Leucocyten bei den besprochenen Anämieformen ist sehr veränderlich. Sie können vermindert sein, manchmal besteht aber auch Leucocytose.

Eine Sonderstellung nimmt die Chlorose ein. Sie ist characterisirt durch sehr blasse, oft etwas kleine, aber an Zahl kaum verminderte, rote Blutkörperchen und relativ starke Herabsetzung des Hämoglobingehaltes; die Leucocytenzahl ist meist normal, Poikilocytose fehlt. Die primäre oder sogenannte perniciöse Anämie besteht in äusserster Verminderung der Blutmenge und extremer Verschlechterung der Qualität. Mit Sicherheit kann die Diagnose primäre Anämie aus dem Blute allein nicht gemacht werden, doch lassen relativ ernster Blutbefund bei Abwesenheit von Organveränderungen

schon ziemlich früh die Diagnose vermuten. Bei wirklich primärer Anämie ist öfters ein kleiner, beweglicher Parasit im Blute gefunden worden, in Gestalt eines Kügelchens von c. $1\frac{1}{2}$ μ Durchmesser, der Cercamonas globulus.

Wir haben nun noch die Krankheitszustände des Blutes zu betrachten, bei welchen eine absolute Vermehrung der Leucocyten am meisten in die Augen fällt: die Leucocytose und die Leukämie. Sie sind principiell verschieden, nicht blos graduell, und höchstens in den Anfangsstadien könnte die Leukämie mit Leucocytose verwechselt werden. Obwohl schon die Zählung in den meisten Fällen entscheidet: Leucocytose 15- höchstens 80,000, Leukämie von 50—400,000 und mehr. Der bedeutende Unterschied liegt jedoch in der Form der weissen Blutkörperchen. Bei der Leucocytose sind die polynucleären Zellen fast allein vermehrt, bei der Leukämie treten diese in den Hintergrund gegenüber Zellen, welche sonst im Blute überhaupt fast nicht vorkommen, den sogenannten Markzellen oder gegenüber kleinen Lymphocyten.

Die Leucocytose ist nach meiner Ansicht stets als eine wirkliche Vermehrung der im Blute kreisenden polymorphkernigen und polynucleären Leucocyten aufzufassen, doch kann nach Goldscheider und Jacob Leucocytose vorgetäuscht werden durch vorübergehende Schwankungen in der Verteilung der Leucocyten. Die momentanen Schwankungen in der Leucocytenzahl, z. B. nach Einspritzung von Terpentinalkohol, beruhen höchst wahrscheinlich auf Zurückbleiben der Leucocyten in einem Gebiet des Kreislaufs. Der Ursprungsort der polynucleären Zellen ist merkwürdigerweise das Knochenmark, in welchem sie sich stets in grossen Mengen finden. (Ehrlich, Zenoni). Der plötzliche Uebertritt dieser Zellen in die Blutbahn scheint von nervöser Beeinflussung der Gefässe des Knochenmarks abzuhängen. Gewisse chemische Stoffe, welche in die Blutbahn eintreten, in erster Linie Eiweisskörper der Nucleinreihe und Bacteriengifte, wie Ptomaine, Toxalbumosen, führen zu einer besonders starken Leucocytose. Die Verdauungsleucocytose ist wohl eine Folge von Resorption der Verdauungsproducte, während z. B. bei Carcinom eine Leucocytose dann eintreten wird, wenn durch Zerfall einer grossen Zahl von Krebszellen Nucleinstoffe resorbirt

werden. Ob die polynucleären Zellen, die im Blute als Endproduct des Reifungsprocesses der Lymphocyten entstehen, identisch sind mit denjenigen, welche aus dem Knochenmarke stammen, bleibt noch zu entscheiden; beide scheinen gewöhnlich neutrophil gekörnt zu sein.

Limbeck und andere fanden, dass Leucocytose vorzugsweise bei denjenigen Infectionskrankheiten aufzutreten pflegt, welche mit Bildung eines Exsudates einhergehen. Vor allem gilt dies für eiterige, doch auch für fibrinöse Exsudate. Bei der croupösen Pneumonie geht die Leucocytose ungefähr parallel dem Fieber und der Ausdehnung der Localerscheinungen. Je stärker die Leucocytose im Verhältniss zur Infiltration, um so günstiger die Prognose. Mit Eintritt der Krisis fällt die Leucocytenzahl ab; tritt ein Recidiv ein, so steigt sie wieder empor. Eine Pneumonie ohne Leucocytose verläuft in der Regel ungünstig. Bei Typhus abdominalis ist manchmal zu Anfang eine leichte Leucocytose vorhanden, in der Regel sind die Leucocyten vermindert, gerade wie bei der Malaria. Es ist daher nicht schwer aus dem Blutbefund zu entscheiden zwischen Pyämie und Pneumonie auf der einen und Typhus und Malaria auf der anderen Seite.

Die Lehre von der Leukämie ist in der letzten Zeit durch A. Fränkel sehr vereinfacht worden. Er lässt die alte Unterscheidung in myelogene, lymphatische und lienale wegfallen, denn die Leukämie ist eine allgemeine Erkrankung der lymphzellbildenden Organe, von Lymphapparat, Milz und auch Knochenmark. Er nimmt zwei Formen an, die Lymphocytämie und die Leukämie mit Cornil'schen Markzellen. Die reine Lymphocytämie verläuft meistens acut, doch giebt es auch acute Formen mit Vorwiegen der Markzellen, welche dann gewöhnlich glatt sind, während sie bei den chronischen Formen Zeit haben Granulirungen zu bilden. Oft spalten sich die Kerne der Markzellen, — ein Vorgang, der rein degenerativer Natur ist und mit der Bildung von polynucleären Zellen nichts zu thun hat. Die Bedeutung der verschiedenen Zellen wird einem durch folgende histologische Betrachtung klar: Die Lymphfollikel besteht aus einem Kern und einer Rindenschicht. Der Kern, das Flemming'sche Keimlager, ist zusammengesetzt aus grossen Zellen mit grossen, chromatin-

armen Kernen, die sich lebhaft teilen. Die Rinde besteht aus kleineren Zellen mit chromatinreichen Kernen, die ebenfalls viele Karyokinesen zeigen. Die Ersteren entsprechen den sogenannten Markzellen, die also mit dem Mark gar nichts zu thun haben. Die Letzteren sind die späteren Lymphocyten. Unter dem Einfluss der leukämischen Noxe geraten nun entweder die Zellen der Rinde in Wucherung und überschwemmen das Blut mit Lymphocyten, oder diejenigen des Keimlagers, worauf die Markzellen ins Blut gelangen. Höchst interessant ist der Rückgang der Leukämie bei septischer Infection. Der Befund kann dabei vollständig umschlagen, sodass nur Leucocytose zu diagnosticiren ist, d. h. die einkernigen Zellen machen polynucleären Leucocyten Platz. Wird die Infection überstanden, so erscheinen wieder die Leukämiezellen. Bei der absoluten Hoffnungslosigkeit der Therapie scheint mir der Versuch berechtigt durch Toxininjectionen, gerade wie bei Sarcom, die Zellwucherung im Zaum zu halten.

Auf die bacteriologische Blutdiagnostik kann ich mich wegen Mangel an Zeit nicht einlassen, doch wollen wir einige Worte den Laveran'schen Malariaplasmodien widmen. Sie finden sich als lebhaft bewegliche, pigmentirte Protozoen in den roten Blutkörperchen. Im gefärbten Präparat kann man verschiedene Formen erkennen und darnach die einzelnen Malariatypen unterscheiden. Der Patient sollte vor der Untersuchung kein Chinin bekommen haben. Durch Massage sollen die Plasmodien in die Blutbahn kommen (Weir Mitchel, jun.). am Leichtesten sind sie im Milzsafte zu finden. Leider ist die Untersuchung auf Malariaplasmodien sehr zeitraubend und diese entschuldigt uns, wenn wir probeweise Chinin geben. Chinin, welches die Leucocytenzahl herabsetzt, muss einen schädlichen Einfluss haben auf Krankheiten die mit Leucocytose heilen und ist bei diesen contraindicirt.

Wenn wir auch mit Freude auf die jüngsten Fortschritte der Hämatologie blicken, so dürfen wir nicht versäumen, der älteren Forscher zu gedenken, welche mit schlechten Mitteln, aber genialer Beanlagung vor 40—50 Jahren schon einzelne Pfeiler des Gebäudes errichtet haben, an dessen Vollendung jetzt so viele emsige Menschen tätig sind. Im Jahre 1845 hat Virchow die Leukämie beschrieben, und was er über die

Zellen sagt, ist so ungemein zutreffend, dass ich gerne einzelne Sätze wörtlich anführe: „Die Zellen, welche ich gefunden hatte, waren grösstenteils farblose granulirte Zellen von verschiedenem Durchmesser. Einzelne hatten anscheinend keinen Kern, dagegen eine grosse Menge kleiner Fettmoleküle im Innern (was wir heute eosinophilen Zellen nennen), andere hatten einen einzigen runden Kern, wieder andere einen napfförmigen oder mehrere (polynucleäre). In einzelnen Zellen fanden sich kleinere Moleküle (neutrophile Zellen.)“ Wenn er auch die Namen noch nicht gab, so fand er doch den Unterschied zwischen eosinophilen, neutrophilen und polynucleäre und mononucleären Zellen.

100 E. 58th street.

Einige Fälle aus der Praxis.

Von

Dr. M. Aronson.

I.

EINE NEBENWIRKUNG DES ANTIPYRIN.

Herr L. liess mich am 10. Juni (1895) um 11 Uhr Abends schleunigst rufen, da er plötzlich sehr erkrankt worden sei. Ich fand ihn bleich und blass, schwer athmend und stockheiser. Er konnte nur mit Mühe und lispelnd vereinzelte Worte hervorbringen. Puls war 100, Temperatur normal. An der Unterlippe zeigte sich der linke Rand auffallend gedunsen. Zunge schwer beweglich, weicher Gaumen, hochgradig oedematös; Uvula nach allen Dimensionen mehrfach vergrössert, oedematös geschwollen, schlaff herabhängend und schwer beweglich; Arc. palatoglossus et palatopharyngeus ebenfalls hochgradig oedamatös, mit der Uvula fast verschmelzend. Hintere Pharynxwand rechts wulstartig aufgetrieben. Epiglottis stark geröthet, Seitenränder ebenfalls gedunsen. Linke Nasenhälfte verstopft, weder für Luft noch für Wasser passirbar. Es war aber ersichtlich, dass es eine flüchtige, durch eine zufällige Schädlichkeit verursachte Störung ist. Auf Verschlucken von Eisstücken und späterhin Brandy wurde der Zustand etwas gemildert. Alsdann erfuhr ich, dass Patient wegen Kopfschmerzen und Magenbeschwerden in einer Apotheke Hülfe suchte, wo ihm ein salinisches Abführmittel verabreicht wurde mit der Verordnung, dass, falls der Kopfschmerz nicht aufhöre, er noch nach einem Pulver schicken möge. Patient sah sich veranlasst, Abends spät das Pulver holen zu lassen, und gleich nach Einnehmen desselben stellten sich Niesen, hochgradige Athemnoth mit den oben geschilderten weiteren Folgen ein.

---

*) Vorgestellt in den Wissenschaftlichen Sitzungen der Aerzte der Deutschen Polyklinik, 1895/96.

Wie zu vermuthen war, bestand das Pulver aus Antipyrin, 10 gran, sagt der Apotheker. Patient genas ohne Weiteres, obwohl die Uvula jetzt noch (13. Juni) Spuren von Oedem aufweist.

Dass unter den verschiedenartigen Nebenwirkungen des Antipyrin Hautaffectionen in Form von Exanthemen etc. gehören, ist ja allbekannt. Von den Schleimhäuten aber finde ich in dem Buche von Loebisch, Die neueren Arzneimittel, nur erwähnt, dass herpetische Bläschen oder Schwellung der Schleimhaut an den Orificien (Lippen, Gehörgang, Conjunctiva) vorkämen. Es ist mir aber nicht bekannt, dass ein so ausgedehntes Oedem der Mund und Rachenschleimhaut, dass ein beginnendes Glöttisöedem nach einer Antipyrindosis jemals notirt worden wäre. Auch in diesem Falle wird es sich wohl um eine vasomotorische Störung, vielleicht auch um eine Aetzwirkung durch Antipyrin gehandelt haben. Die Moral von der Geschichte ist, dass die Anfangsdosis des Antipyrins, die Probedosis in unbekannten Fällen, sehr niedrig zu wählen ist und wie Loebisch (l. c.) auch angibt, nicht mehr als 0,5 oder 8 gran bei Erwachsenen und in Milch oder Alkohol.

Die Aerzte, die Antipyrin in Fällen von Diphtheritis oder schweren Lungenaffectionen anwenden, sollten der Thatsache eingedenk sein, dass Antipyrin Oedeme macht und einer Laryngostenose oder einem Glottisoedem zuweilen eher Vorschub leisten könne.

101 E. 7th street.

Leitartikel.

I.

Die neue preussische Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte ist eben erschienen und tritt am 1. Januar 1897 in Kraft.

Obwohl dieselbe für uns — und wir können wohl hier gleich sagen, Gott sei Dank — durchaus von keinem praktischen Interesse ist, so giebt ein eingehenderes Studium derselben doch Manches zu denken.

An sich muss es widerstrebend sein für das Gefühl des Arztes überhaupt nach einer Taxe arbeiten zu sollen, welche nicht selten an die Fahrtaxe der Droschkenführer erinnert, z. B., wenn dem Arzte (nach II. A. 7.) „für jede angefangene halbe Stunde 1,50 bis 3 Mark zustehen", falls er, „nach Beschaffenheit des Falles, oder auf Verlangen des Kranken, oder seiner Angehörigen, länger als eine halbe Stunde verweilen muss."

Trotzdem ist es einleuchtend, dass eine festgesetzte Taxe von Vortheil sein muss unter Verhältnissen, wo der Arzt so häufig in die Lage kommt, dem Fiscus, einer Gemeinde, Krankenkassen etc. eine Rechnung zu stellen, wo eine derartige Gebührenordnung als Grundlage für die Abmachungen und Verträge zwischen den contrahirenden Parteien als Richtschnur dienen kann.

Betrachtet man zunächst den allgemeinen Theil, so ist vor Allem hervorzuheben, dass die Stellung des Arztes in Deutschland eine wesentlich freiere ist, als in anderen Ländern wo eine Taxe eingeführt ist, z. B., in der freien Schweiz, wo der Arzt, wenn wir recht unterrichtet sind, eidlich verpflichtet ist die verlangte Behandlung eines Patienten zu übernehmen.

Die Leistung der ärztlichen Hilfe ist, nach der Gewerbeordnung § 144, Abs. 2, eine absolut freiwillige. Der einzige Zwang zur Hilfeleistung für den Arzt liegt in § 360 des Strafgesetzbuches, welcher jeden Deutschen zwingt, in Nothfällen nach Maasgabe seiner Kräfte der Polizei zu helfen, wenn er

der Aufforderung ohne erhebliche eigene Gefahr genügen kann (übrigens mit Anrecht auf Bezahlung seitens der Polizeibehörde).

Die zweite wichtige allgemeine Bestimmung ist die, dass der Arzt nach freiem Ermessen liquidiren kann. Nur in streitigen Fällen (§ 1) stehen den Aerzten, mangels einer Vereinbarung, Gebühren nach Maasgabe der Taxe zu.

Der dritte wesentliche Punkt ist der, dass, nach § 3, die Höhe der Gebühr, innerhalb der festgesetzten Grenzen, nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles, insbesondere nach der Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung, der Vermögenslage des Zahlungspflichtigen, den örtlichen Verhältnissen, etc. zu bemessen ist.

Es ist entschieden zeitgemäss, dass die Richtigkeit dieser Auffassung, welche allgemein unter den Aerzten herrscht, officiell den Laien-, resp. Patientenkreisen, zum Bewusstsein gebracht wird.

Der uns zur Verfügung stehende Raum verbietet es, auf viele interessante Einzelheiten einzugehen; den, der sich für die Frage näher interessirt, verweisen wir auf die einschlägige Abhandlung von Dr. J. Bornträger (siehe Besprechung unter Büchertisch).

Auffallend ist, dass die Maximalsätze, welche z. B. Dr. Bornträger für hoch und nur für die hervorragendsten der Gattung Medicus erreichbar hält, doch eigentlich als mässig zu bezeichnen sind. Die höchste Zahl ist 500 Mark. Vergleicht man die Operationen, welche diese Grenzzahl erreichen, so ergiebt sich, erstens, dass die gynaecologischen Operationen zu den höchstbezahlten gehören, und in der Chirurgie überhaupt die Laparatomie für die wichtigste Operation gehalten wird. Naiv ist dabei die altmodische Auffassung, welche den Steinschnitt, sicher eine der allerleichtesten Operationen, mit 60—500 Mark (No. 112) belegt, während die Eröffnung der Schädelhöhle (No. 77) ebenso wie die Auslösung des Oberschenkels (Hüftexarticulation, No. 71) mit 30—200 Mark besteuert ist.

Mit allem nöthigen Respect gegen die hochgelehrte Commission, welche die Gebührenordnung verfasste, kommt man doch zu dem Eindruck, dass dieselbe nicht zum überwiegenden

Theil aus modernen Chirurgen zusammengesetzt sein konnte. Eine Nierenexstirpation ist z. B. überhaupt nicht vorgesehen, da man dieselbe doch wohl kaum zu den Operationen an inneren Organen in der Bauchhöhle rechnen kann. (No. 96.).

II.

In der Mainummer dieser Zeitschrift, Seite 188—189, hat der Redakteur derselben zwei Briefe des Wiener Correspondenten für die Münchener Medicinische Wochenschrift zu commentiren sich erlaubt, nicht wegen der Persönlichkeit des Schreibers, denn dieselbe ist uns unbekannt, da der betreffende Herr nicht zeichnet, und wir ihn also als Anonymus bezeichnen müssen. Wir besprechen die genannten Briefe lediglich als eine bezeichnende Erscheinung der Zeit.

In der Nummer 25, vom 23. Juni, der Münchener Medicinischen Wochenschrift nun, protestirt der betreffende genannte, resp. ungenannte Herr, energisch gegen die Unterschiebung des „New Yorker Anonymus" und „Leitartiklers."

Indess ich meine Genugthuung darüber ausdrücke, dass die unmassgebliche Ansicht eines anonymen Redacteurs einer deutschen Zeitschrift in New York von so wesentlichem Einfluss auf die Auffassung eines Wiener Correspondenten für eine Münchener Zeitung ist, erlaube ich mir, den Lesern der Monatsschrift meine Antwort an die Münchener Medicinische Wochenschrift zu unterbreiten.

New York City, 16. Juli, 1896.

An den Redacteur der Münchener Medicinischen Wochenschrift!

Geehrter Herr: Ich ersuche Sie ergebenst um die Aufnahme der folgenden Zeilen in Ihrem geschätzten Blatte als Antwort auf eine sehr persönliche Bemerkung Ihres Wiener Correspondenten in No. 25 vom 23. Juni, 1896, Ihres Blattes.

Zunächst erlaube ich mir, Ihren Herrn Correspondenten darauf hinzuweisen, dass hier zu Lande Leitartikel in einer Zeitung von dem Redacteur geschrieben zu werden pflegen, dessen Name leicht genug zu finden ist, so dass man ihn wohl kaum einen „Anonymus" nennen kann. Sodann: Ihr Herr Correspondent schrieb in dem Briefe vom 18. April folgendes:

„Durch die sofortige Anzeige der Genesung resp. des Ablebens eines solchen Kranken werden die städtischen Sanitäts-

organe erst in den Stand gesetzt, sofort die entsprechende Desinfection der Wohnung und Utensilien einzuleiten, wodurch allein eine weitere Verbreitung der Krankheitskeime verhütet wird. Der praktische Arzt arbeitet demnach mit an der Wahrung der öffentlichen Gesundheitspflege — unbesoldet und, was noch mehr sagen will, zu seinem eigenen Schaden. Giebt es noch einen zweiten Stand, der sich selbst und mit vollster Erkenntniss der Sachlage die Wurzeln seiner Existenz untergräbt?

Wenn jemand durch die Verhütung der Ausbreitung einer Seuche „zu seinem eigenen Schaden arbeitet" und damit „die Wurzeln seiner Existenz sich selbst untergräbt", so ist eine solche Sprache doch nur so zu verstehen,

dass er „bedauert, dass durch Desinfection, etc., die Ausbreitung einer Seuche verhindert werde, welche doch im Interesse des Arztes liege."

Wenn der ungenannte Herr mir den Rath ertheilt: „Gut lesen, geehrter Herr College", so darf ich ihm wohl mit mehr Recht zurufen: Gut schreiben, Herr Correspondent!

Dr. Otto Kiliani,

Redakteur der New Yorker Medicinischen Monatsschrift.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse.—Montag, 4. November 1895.
Präsident: Dr. Willy Meyer.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

a. Dr. F. Foerster (einige gynäcologische Fälle): Ich glaubte heute Abend zwei Patienten vorstellen zu können, es ist aber leider nur die eine der Frauen erschienen. Ich bedaure das um so mehr, da von den beiden Patienten gerade die andere das bessere Resultat nach der zu besprechenden Operation präsentirt, während diese hier immerhin ein Resultat zeigt, mit welchem man zufrieden sein kann, dasselbe ist allerdings durch begleitende Nebenumstände etwas beeinträchtigt. Ich hatte im vergangenen Frühjahr Gelegenheit, bei den Mittheilungen über meine Thätigkeit im Deutschen Hospital zu erwähnen, dass es mir gelungen war, den prolabirten Uterus auf dem vaginalen Wege an der vorderen Bauchwand zu befestigen. Es war dieses ein Experiment, zu welchem ich mich bei der zur Zeit bestehenden Neigung, Ovarial- und Tuben-Erkrankungen per Vaginam zu operiren, berechtigt hielt. Ich führte die Operation damals in drei Fällen aus. Ich berichtete über den ersten Fall, dass ich wegen meines mangelhaften Instrumentes — ich gebrauchte eine lange Hagedorn'sche Nadel — nicht hoch genug reichen konnte, um mit der Nadel der Blase fern zu bleiben. Der zweite Fall war eine fettleibige Person mit prolabirtem Uterus. Ich versuchte die Methode ebenfalls, und die Operation gelang. Das Dauer-Resultat, von dem ich damals nicht sprechen konnte, zeigt, dass der Uterus gut fixirt an der vorderen Bauchwand liegt. Der dritte Fall war diese junge Person. Auch hier gelang es, den Uterus an die vordere Bauchwand zu fixiren, und heute, nach einem Jahr ist der Uterus gut fixirt. Leider sind hier einige Nebenumstände. Es handelte sich um Salpingo-Oöphoritis duplex. Auf Wunsch der Patientin suchte ich ihr einen Eierstock zu erhalten, und liess mich verleiten, den rechten nach Resektion eines kleinen Stücks zurück zu lassen. Die Folgen zeigten sich: Einige Monate nach der Operation haben sich die alten Beschwerden eingestellt, trotzdem der Uterus in guter Lage fixirt ist.

Was die Patientin selbst aufzuweisen hat, ist der nach vorn fixirte Uterus, die Bauchdecken zeigen vier punctförmige Narben, die Ausgänge der uteinen Ligaturen, eine Narbe am hinteren Vaginalgewölbe. Ich möchte sagen, dass ich aus anatomischen Gründen gewöhnlich das hintere Vaginalgewölbe öffne. Ich bringe erst die Ovarien hervor; wenn nothwendig, werden dieselben abgetragen, wenn nicht, zurück-

gelassen. Dann kommt der Uterus nach hinten herunter. Die Vorderfläche präsentirt sich. Dieselbe wird abgeschabt, wie bei der gewöhnlichen Ventro-Fixation. Mit der gekrümmten Nadel wird nun durch die vordere Uterusfläche gestochen. Ich lege gewöhnlich zwei Fäden ein. Diese beiden Fäden werden beiderseits in eine speziell von mir konstruirte Nadel gefasst, und, nachdem der Uterus wieder reponirt worden ist, unter Leitung des Index der linken Hand nach der vorderen Bauchwand gebracht, und mit dem Schiebeapparat durchgestossen. Die beiden Fäden zeigen sich auf der Bauchdecke, sie werden straff angezogen und geknüpft.

b. Präs. Dr. Willy Meyer (Ideale Cholecystotomie): Meine Herren! Ich würde Ihnen diesen Patienten nicht demonstriren und Sie mit der Krankengeschichte belästigen, wäre nicht die ideale Cholecystotomie eine seltene Operation, und die Indikation dafür, wie mir scheint, gewöhnlich nur während der Operation selbst gegeben.

Es handelt sich hier um einen 43-jährigen Mann, der seit einem Jahre starke Schmerzen im Magen verspürte, die fast dauernd vorhanden waren, und unabhängig vom Essen. Sie hatten im Sommer 1894 fünf Wochen lang gedauert. Erbrechen war niemals vorhanden. Nach Ende des Sommers fühlte er sich besser, und nur wenn er Fehler in der Diät machte, kamen die alten Beschwerden zurück. Als ich ihn im April d. J. sah, war er bei verhältnissmässig gutem Appetit, klagte aber, dass 3 Stunden nach der Mahlzeit sich ein heftiger Druck in der Magengrube einstelle, und dass dieser auf localen Druck von aussen verstärkt werden könne. Er hatte Aufstossen, aber nie Erbrechen. Er hatte an Gewicht nicht abgenommen. Die Untersuchung des Mageninhalts zeigte, dass mässig Salzsäure vorhanden war. Da man einen Tumor nicht fühlen konnte, war es schwierig zu sagen: handelt es sich um eine Striktur des Pylorus oder ist die Gallenblase mit im Spiele. Die Operation am 17. Mai ergab, dass der Pylorus stark verengt war. Der Magen war sehr erweitert, in der Gegend der Gallenblase, tief unter der Leber, fühlte man eine Verhärtung, sodass sich sofort die Idee aufdrängte, es möchte sich hier um ein Gallenblasenleiden mit einem Stein handeln. Alle Bemühungen, die Gallenblase als solche zu Gesicht zu bekommen, misslangen. Erst nach langer Zeit sorgfältigen Präparirens gelang es, und da fand es sich, dass die Gallenblase ausserordentlich zusammengeschrumpft war, und zu einem kleinen Sack von Sanduhrform reducirt, gerade gross genug, um diesen kleinen Stein zu fassen. Es zeigte sich, dass der Pylorus selbst, von Narbenmassen dicht umgeben, verengt war, doch konnte man ihn von der Gallenblase abpräpariren. Die Gallenblase als solche zu entfernen, war eine Unmöglichkeit. Selbst unter Anwendung des Paquelin gab es starke parenchymatöse Blutung aus der Leber. Es blieb nichts übrig, als den Stein zu entfernen und die Gallenblase wieder durch die Naht zu schliessen. Die Bauchwunde wurde dann wie gewöhnlich vernäht und ein Tampon in die Tiefe geleitet. Die Heilung war ungestört. Während drei bis fünf Tage hatte sich eine temporäre Fistel gebildet.

Der Patient machte gute Rekonvalescenz durch und hat innerhalb der letzten drei Monate zehn Pfund zugenommen. Er kann essen und trinken, was er will.

Es zeigt sich, dass man bei dieser Art Leiden jedenfalls nicht zu lange mit der Operation warten solle. Trotzdem kein Tumor fühlbar war, und es sich sicher um eine Striktur des Pylorus gehandelt hatte, war die Gallenblase die Ursache des ganzen Leidens, und mit der einfachen Entfernung des Steins scheint der Patient geheilt.

c. Dr. Felix Cohn stellt einen Patienten mit Cholesteatom der Paukenhöhle vor und beschreibt die erfolgreiche radikale Operation.

d. Dr. Talmey stellt eine Frau mit Herdsclerose vor und verliest die Krankengeschichte der Patientin.

Guse Max, 61 Jahre alt, war stets gesund. Sie hatte 10 Kinder, davon leben 7 und sind gesund. Mutter starb vor 40 Jahren, nachdem sie ein Jahr lang gelähmt zu Bette lag. Vater starb in Folge eines Falles. Die Menses beginnen mit 14 und hören auf mit 50 Jahren. Vor 10 Monaten wurde es der Patientin beim Oeffnen einer Thüre dunkel vor den Augen, sie fiel nach der Wand hin, als ob von einem Winde hingestreckt, sie war jedoch fähig, die Thür zu öffnen und nach Mann und Kinder zu rufen. Sie lag einige Tage zu Bett und konnte zeitweise nicht mehr sprechen. Seitdem stottert sie, namentlich beim schnellen Sprechen. Der Kopf ist stets eingenommen. Sie hat für einige Zeit ein bohrendes Gefühl im Kopf, worauf heftiger Prunitus entsteht, dann Hitze und Brennen. Der Prunitus erstreckt sich vom Ohre und Genick auf den ganzen Körper. Auf der linken Seite fühlt sie ein Klopfen. Sie hat Schmerzen im Hals und ist appetitlos. Rechts hat sie Knieschmerzen. Sie leidet an Schlaflosigkeit. Stuhl und Urin normal. Diagnose: Rolandische Herdsclerose.

vorzustellen erlaube, ist nur einer, einer Anzahl, die ich Gelegenheit hatte zu beobachten, sowohl in der Privatpraxis, wie auch in der chirurgischen Abtheilung des Herrn Dr. D. Goldstein im Mt. Sinai Dispensary.

Patient H. J.... ist jetzt sechs Wochen alt. Am 8. Tage nach seiner Geburt wurde an ihm die rituelle Circumcision vorgenommen von einem professionellen Beschneider, und zwar in einer Weise, dass nicht nur die Vorhaut, sondern auch die ganze rechte Hälfte der Eichel in einer sagittalen Richtung mit amputirt wurde.

e. Dr. A. V. Moschcowitz: Autoreferat. Der Patient, den ich mir

Der Befund jetzt zeigt, dass die Harnröhre ungefähr in der Gegend des Sulcus coronarius mündet; der Urinstrahl geht zur rechten Seite in einer Tangente ab; die linke Hälfte der Eichel hat sich über das neue Orificium vorgelegt. Dies ist der Befund jetzt; nach eingetretener Vernarbung, wenn die Urethrotomie und eine plastische Operation nicht vorgenommen werden, kann sich der Zustand nur verschlimmern, mit Erkrankung der Blase und der Nieren.

Unter den anderen zu dieser Kategorie gehörenden Fällen zähle ich noch folgende:

Ein letaler Fall von Septicaemie.

Ein letaler Fall von Pyaemie.

Ein letaler Fall von Erysipel.

Ein Fall von Tuberculose.

Zwei Fälle von Lucs.

Acht Fälle verschiedenartiger Verstümmelungen — von Amputation der Eichel bis totalem Prolaps beider Testes.

Ich habe diesen Fall nicht nur seiner verhältnissmässigen Seltenheit halber vorgestellt, sondern vielmehr um Aufmerksamkeit der deutschen medicinischen Gesellschaft auf ein Unheil zu lenken, d. h. die Ausführung der Circumcision von unbefugten Händen, welche nicht nur von den schlimmsten Folgen begleitet werden kann, sondern thatsächlich begleitet ist.

II. DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

Dr. F. Lange: Dickdarm-Carcinome. Ich möchte diese Präparate hier vorlegen, um die klinische Beobachtung zu betonen, dass die malignen Tumoren des Dickdarms in der Regel sehr spät solche Erscheinungen machen, dass sie mit einiger Sicherheit diagnosticirt werden, und dass wir als Chirurgen sehr selten in die Lage kommen, frühzeitige Operation wegen solcher Leiden auszuführen. Für Carcinome des Rectums, die in diese Betrachtung nicht eingeschlossen sind, ist das bekannt. Wie oft sehen wir sehr weit vorgeschrittene Tumoren dieser Art, bei denen die Patienten bis dahin an Hämorrhoidal-Leiden gelitten zu haben glauben, und auch der behandelnde Arzt in diesem Irrthum befangen war, weil der Kranke keine Schmerzen hatte oder nicht kachektisch aussah. Diese Illusion sollte ganz gewiss aufgegeben werden, dass ein Kranker desshalb, weil er Carcinom hat, kachektisch aussehen muss. Es ist das nach meiner Erfahrung ein ganz verhängnissvoller Irrthum, der durch viele Lehrbücher geht. Nach meiner Erfahrung hat Carcinom mit dem kachektischen Aussehen des Kranken nur dann einen kausalen Zusammenhang, wenn es die Ernährung wesentlich beeinträchtigt, oder wenn chronisch septische Zustände auf den Körper wirken. Es leuchtet ein, dass je höher hinauf eine solche Affektion im Darmkanal gelegen ist, sie desto mehr die Ernährung wird beeinträchtigen können. Aber wir sind auch schon in der Lage gewesen, grosse Carcinome des Magens zu finden, bei denen der Kranke in sehr gutem Ernährungszustand war, dann nämlich, wenn die Ostien des Magens frei waren. Bei Dickdarm-Carcinomen ist es nicht gar so selten, dass sie, obwohl seit langer Zeit bestehend, durch die vollständige Obstruktion die Erscheinungen des Ileus machen; und dass wir aus dieser Indication eine palliative Operation machen müssen. Ich habe in einer langen Reihe von Jahren eine ganze Anzahl von solchen malignen Affectionen operiren müssen in Fällen, wo bis dahin gar nischts darauf hingewiesen hatte, dass die Kranken an Carcinom

litten, wo allerdings wohl bei genauer Erwägung der Vorgeschichte die Vermuthung gerechtfertigt war, dass ein allmählich zunehmendes Hindernis für die Fortbewegung des Darminhalts vorliegen musste. In einer anderen Reihe von Fällen habe ich dann die radikale Operation unternommen, und ich muss gestehen, dass ich bei meinen ersten operativen Versuchen kein Glück gehabt habe. Ich hatte drei sehr weit gediehene Fälle operirt, die gestorben sind, und habe mich dann mit Rücksicht auf die schlechte Erfahrung, die ich bei diesen Fällen gemacht, zu einer Technik entschlossen, die mir bessere Resultate geliefert hat. Ich habe nämlich noch in weiteren vier Fällen die Resektion grosser Dickdarmstücke ausgeführt, und diese vier Patienten sind genesen.

Es ist nach meiner Ansicht bei der Resektion von Dickdarm-Carcinomen sehr wesentlich, dass man in möglichst ausgiebiger Weise vor der Operation für vollständige Entlastung des Darmrohres sorgt. Das zu erreichen, ist unter Umständen sehr schwer, und es kann bei weit vorgeschrittener Striktur in keiner anderen Weise möglich sein, als durch vorübergehende Anlegung eines Anus präternaturalis. Das ist in Bezug auf die Heilung nach ausgeführter Resektion von grösster Bedeutung, und es ist mir selber vorgekommen, dass ich nach einer längeren Laxirkur glaubte, den Dickdarm vollständig entleert zu haben, mich aber bald nach der Operation durch den Abgang grosser Kothmassen und dadurch bedingten unglücklichen Ausgang des Falles eines Anderen belehren lassen musste.

Ich lege Ihnen hier zwei Präparate vor, von denen das eine von einer alten Dame von über 60 Jahren herrührt, welche ausserdorentlich heruntergekommen war und, als ich sie sah, die Erscheinung des chronischen Ileus darbot. Es war zweifellos, dass es sich um eine maligne Geschwulst in der Gegend des Kolon handelte, und ich machte bei ihr die Anastamose zwischen Ileum und Querkolon — die Frau hatte ausserdem Nephritis — in der Annahme, dass es zu weiteren Versuchen nicht kommen könnte. Die Frau erholte sich aber erstaunlich nach dieser Operation. Das Carcinom wuchs weiter, aber der Ernährungszustand der Patientin nahm so zu, dass ich bei Schwund der Symptome, die auf Nephritis hindeuteten, die radikale Operation ausführte, und zwar mit bestem Erfolg. Die Frau wurde als geheilt nach der Operation entlassen. Dieselbe liess sich so ausführen, dass der kranke Theil resecirt und beide Enden einfach zugenäht wurden. Die Anastomose bestand ja schon.

Von dem zweiten Fall, wo es sich um ein Carcinom im Bereich der Flexur handelte, habe ich ein 5 Zoll langes Stück der Flexur resecirt und beide Enden parallel in die Bauchwand eingenäht.

Ich glaube, das hat den Vortheil, dass die Fäkalmassen, die noch oberhalb im Darm vorhanden sind, unter Umständen in grosser Quantität, nun ganz ungehindert nach aussen abgeleitet werden können, dass man späterhin den Schluss des widernatürlichen Afters im wesentlichen extra Peritoneum machen kann, und dass auch gerade diejenige Stelle des Darms, die beim Dickdarm der Heilung besondere Schwierig-

keit entgegengesetzt, d. h. der breite Ansatz des Mesocolons bei diesem vorbereitenden Akt bereits verheilt ist. Man hat dann nur nöthig, die Darmränder von den Bauchwänden zu trennen, und vor der erneuten Eröffnung des Peritoneums aufeinander zu nähen. Ein Patient, bei dem ich vor drei Jahren diese Operation gemacht habe, war bis vor einigen Monaten ganz gesund. Die Recidivfähigkeit solcher Carcinome ist verhältnissmässig gering, und sie geben eine relativ gute Prognose. Nur ist es nöthig, dass sie nicht allzuspät zur Operation kommen. Leider kann ich die Präparate nicht mikroskopisch demonstriren, da kein Mikroskop da ist. Sie sind ausgesprochene Drüsenkrebse. Sie sehen an dem vom Coecum stammenden, dass ein Stück der Bauchwand und ein laterales Segment des Quer-Colons, welche mit dem Tumor innig verwachsen waren, mit entfernt worden sind.

DISKUSSION.

Dr. Kammerer: Ich kann Herrn Dr. Lange nur beistimmen, dass diese Fälle leider sehr wenig klinische Erscheinungen machen. Ich selbst habe in einer ganzen Reihe von Fällen mich damit begnügen müssen, einen Anus präternaturalis anzulegen, um das ziemlich plötzliche Eintreten von Ileuserscheinungen zu mildern. Ich weiss nicht genau, wie viele es sind, aber sicher sechs bis acht Fälle, die ich im Laufe der letzten Jahre operirt habe. Es ist mir persönlich allerdings nur zweimal vorgekommen, dass ich den Tumor selbst entfernen konnte. Erst kürzlich habe ich noch ein sehr schönes Beispiel davon gesehen, dass bei relativem Wohlbefinden schon ganz gewaltige Veränderungen in der Peritonealhöhle vor sich gegangen sein können. Es handelte sich in diesem Fall um ein Flexur-Carcinom bei einem Mann, der gar nicht krank gewesen sein wollte, und, als ich nach vielen Untersuchungen endlich gewahr wurde, dass sich da ein Tumor in dieser Gegend befand, war es mir nicht mal möglich, bei dem Versuch der Anlegung eines Anus präternaturalis, die Flexura hervorzuholen, sondern musste schliesslich auf der anderen Seite den Anus anlegen. Ich glaube, wir können Dr. Lange nur zu seinen schönen Erfolgen gratuliren.

III. DEMONSTRATION VON INSTRUMENTEN.

a. Dr. Willy Meyer: Dr. L. Casper's Ureter-Cystoscop: — Seit dem Jahre 1887, seit Nitze sein Cystoskop eingeführt, war es die Sehnsucht aller der Herren, die sich mit Cystoskopie beschäftigen, auch endlich fähig zu sein, mit Hülfe des Cystoskops den Urin direkt aus den Nieren auffangen zu können. Dr. Nitze, der wohl der einzige war, der dieses Instrument liefern konnte, begab sich früh auf das weite Feld der Therapie und konstruirte das Operationscystoskop. Dagegen liess Dr. Casper es sich angelegen sein, ein brauchbares Ureter-Cystoskop in den Handel zu bringen. Sie wissen wohl, dass zwischen Dr. Nitze und Dr. Casper daraufhin eine heftige Fehde entbrannt ist. Ich kann hier nur sagen, dass Dr. Casper's Ureter-Cystoskop natürlich auf den Principien, die von Nitze niedergelegt sind, basirt. Aber Dr. Casper ist

derjenige, welcher das Cystoskop gebaut und in den Handel gebracht hat, und wir können es deswegen mit Recht „Casper's Ureter-Cystoskop" nennen. Sie sehen, im Vergleich zu dem ursprünglichen Cystoskop ist dieses winkelig abgeknickt. Prisma und Lampe liegt ungefähr einen halben Zoll höher als das Ocular des optischen Apparates, Der Ureter-Katheter wird durch eine kleine Furche vorgeschoben. Ich versichere Sie, nachdem man die Ureteröffnung gefunden hat, ist es wirklich spielend leicht, den Katheter in den Ureter einzuschieben. Nachdem man das gethan, gelingt es dann bei dem Mann, wenn die Harnröhre nicht so sehr weit ist, nur die eine Niere abzudrainiren. Es dauert 5 bis 10 Minuten, und man fängt in der Zeit ca. 5 bis 10 ccm. auf. Wenn die Harnröhre weit ist, wird es jedenfalls gelingen, das Instrument liegen zu lassen und einen neuen Ureter-Katheter einzuschieben. Jedenfalls ist auf diese Weise das Problem, auch bei dem Manne die Ureteren ohne vorhergegangene Operation zu sondiren, gelösst, und das ist ohne Frage ein ausserordentlicher Forschritt in Bezug auf die genaue Diagnose bestehender Nierenkrankheit.

b. Dr. J. W. Gleitsmann: Praktische Demonstration von Dr. Kirstein's Autoskop. (Direkte Inspektion des Larynx ohne Spiegel.)

Präs. Dr. Willy Meyer: Sie wissen, meine Herren, dass Herr Dr. Vulpius um seine Demission eingekommen ist. Herr Dr. Bachmann ist zum protokollirenden Sekretär nominirt, und Dr. Stieglitz hat seine Nomination zurückgezogen. Ich möchte also Herrn Dr. Rose bitten, im Namen der Gesellschaft seine Stimme hier abzugeben. (Geschieht.)

Darnach ist Dr. Eugen Bachmann für die Monate November und Dezember zum protokollirenden Sekretär der Gesellschaft erwählt.

Der Verwaltungsrath hat in seiner letzten Sitzung beschlossen, die September-Sitzung definitiv ausfallen zu lassen. Ich bitte alle diejenigen, die dafür sind, ja zu sagen. (Geschieht.)

Angenommen.

2. Dr. H. G. Klotz: Die Prognose der acquirirten Syphilis im Einzelfalle. (Erschienen in der Dezember Nummer der „Medicinischen Monatsschrift" 1895.)

DISKUSSION.

Dr. Weber: Wenn ich auf die Einladung des Herrn Präsidenten das Wort ergreife, so thue ich das nicht ungerne, weil ich schon im Jahre 1884 vor der New York Academy of Medicine einen längeren Vortrag über das damals nach Fournier's und Erb's Vorgang allseitig diskutirte Thema des Zusammenhangs zwischen Syphilis und Nervenkrankheiten hielt, welcher Vortrag zu einer langen, über zwei Sitzungen ausgedehnten Diskussion Veranlassung gab. Das Thema wurde auch von anderen Vereinen aufgenommen, wie in Boston, Philadelphia, Chicago, St. Louis, und der Inhalt meines Vortrags wurde damals im Medical Record publicirt. Sie können den Inhalt wiederfinden in dem kürzlich erschienenen Werk von Moebius, in welchem er die moderne Literatur über den Zusammenhang der Syphilis als solcher, oder der Parasyphilis, wie Fournier sie nennt, oder Metasyphilis mit dem erkrankten Central-

nervensystem zusammenstellt. Ich habe damals meine Mittheilungen auf ein Material von 125 Fällen basirt, die ich im Hospital und zumeist in Privatpraxis während einer Reihe von 20 Jahren beobachtet habe. Seitdem habe ich wieder Material gesammelt, das ich indess noch nicht zusammengestellt habe, und ich kann mich nur in ganz grossen Zügen den Ausführungen des Vortragenden anschliesen und sagen, dass die 200 bis 250 Fälle, die ich bis heute gesammelt habe, nachweisen, dass eine gewissenhafte, aufmerksame und lang fortgesetzte Behandlung der Syphilis die beste Prognose gibt in Bezug auf das Fernhalten von postsyphilitischer schwerer Erkrankung des Centralnervensystems; dass sie aber keine Garantie gibt, dass nicht dennoch in der Folge schwere Schädigungen des Rückenmarks oder des Gehirns eintreten könnten, darüber liegen zahlreiche Erfahrungen vor, die Sie vorzüglich ausgeführt finden in dem interessanten Buch von Rumpf über syphilitische Erkrankung des Nervensystems. Das beweist aber nichts gegen die Regel, es sind nur Ausnahmen. Auf der anderen Seite sieht man immer wieder, dass in den nicht behandelten oder nicht erkannten Fällen, d. h. entweder von den Patienten nicht beachtet, oder von dem Arzt, der sie zuerst sah, nicht richtig beurtheilt, dass im Lauf der Jahre, gewöhnlich zwischen 7 und 13 Jahren nach der Infektion oft sehr schwere Erscheinungen im Nervensystem auftreten. Das sind dann Fälle, wie ich in den letzten Jahren mehrere hintereinander gesehen habe, wo Hemiplegieen rasche Erblindung in Folge von Opticus-Atrophie Paraplegie, u. s. w. eintraten, und man gewöhnlich findet, dass vielleicht 7, 8 oder 10 Jahre vorher venerische Geschwüre vorhanden waren, aber nicht beachtet wurden. In Bezug auf die Kombination von Tuberkulose habe ich erst in der letzten Zeit zwei traurige Fälle er-
Tuberkulose in den zwei Fällen, die mir im Augenblick im Gedächtniss sind, durch die Syphilis wesentlich beschleunigt wurde.
lebt, und habe den Eindruck gewonnen, dass der lethale Verlauf der

Ich muss noch einmal bekräftigen, was ich gesagt habe, und auch der Vortragende so sehr betont hat, nämlich die Wichtigkeit einer gewissenhaften und lange fortgesetzten Behandung. Mir sind im Augenblick noch zwei weitere Fälle im Gedächtniss, zwei meiner besten Freunde, die gegen meinen Rath in den ersten 6 Monaten die Behandlung aufgaben, und sich an andere Aerzte wendeten, weil sie die Sache als einen Spass und falsche Diagnose meinerseits ansahen, und die beide zwischen 10 und 15 Jahren nach der Infektion an Syphilis zu Grunde gingen.

Dr. C. Heitzmann: Ich habe viel Syphilis gesehen und behandelt, und muss im Ganzen sagen, dass Dr. Klotz die Sache sehr schön zusammengestellt hat. Nur vermisse ich etwas Neues in seinen Ausführungen. Es ist alles wiederholt gesagt worden. Neu ist, dass er behauptet, dass nur tiefe und stark ausgeprägte Knoten schwere Erscheinungen hervorrufen. Damit kann ich mich nicht einverstanden erklären. Ich habe Fälle gesehen, wo ausserordentlich winzige lokale Erscheinungen da waren, und trotzdem ist die Gehirnsyphilis aufge-

treten, und der Tod trat ein. Im grossen Ganzen habe ich von der Behandlung, der ganzen Lehre der Syphilis den Eindruck, dass wir allerdings in den meisten Fällen sagen können, ob Syphilis vorhanden ist, oder war oder nicht, mit anderen Worten, dass die Symptome der Syphilis für ein geübtes Auge recht ausgesprochen sind. Das ist so ziemlich alles. Weder wissen wir etwas vom Ursprung, noch vom Verlauf und der Pathologie, und im grossen Ganzen wissen wir sicher nur eins, dass in den meisten Fällen das Quecksilberschmieren nützlich ist.

Dr. Weber hat behauptet, dass die meisten Fälle von Tabes von früherer Syphilis abhängen. Andere Leute leugnen das wieder. Sicher ist gar nichts in der Lehre über Syphilis.

Dr. Weber: Meine Fälle haben das nicht bewiesen. Ich habe nur 10 Procent von Fällen von Tabes nachweisen können, in welchen eine genaue Geschichte von Syphilis zu finden war.

Dr. L. Heitzmann: Ich stimme mit den interessanten Ausführungen des Dr. Klotz beinahe in Allem überein, sodass ich nur seine Ausführungen wiederholen könnte. Nur möchte ich noch mehr, als Dr. Klotz es gethan, darauf hinweisen, dass wir gelegentlich mit Quecksilberbehandlung schaden können, und zwar bei anscheinend recht leichten Fällen, welche anscheinend eine Quecksilberbehandlung brauchen. Ich habe eine Anzahl Fälle gesehen, in welchen Quecksilberbehandlung früher nicht getraut wurde, und in welchen ich sie einleitete. In diesen Fällen war eine rasche Besserung Wochen und Monate lang zu bemerken. Plötzlich fing ohne irgend einen Grund während der Quecksilberbehandlung das Geschwür, welches beinahe geheilt war, an, sich zu vergrössern und zu vertiefen, und trotz der Einreibungskur und vorsichtig und sorgfältig ausgeführter Quecksilberbehandlung wurden die Geschwüre nicht nur grösser, sondern es traten auch noch neue auf. Ich spreche von mindestens einem Dutzend solcher Fälle. Ich liess schliesslich das Quecksilber weg und behandelte nur mit Jod-Kali innerlich, äusserlich mit irgend einem desinficirenden Mittel, und zu meinem grossen Erstaunen heilte das Geschwür jedes Mal, wenn es auch noch so tief war, in wenigen Wochen, um nicht mehr aufzutreten. Nicht nur von diesen Geschwüren, die hauptsächlich an den Beinen auftreten, sondern von den kleinen Geschwüren an der Zunge, die so häufig bei Syphilis auftreten, weiss ich, dass sie durch Quecksilber hervorgerufen werden können, und in nichts sich von Syphilis unterscheiden.

Dr. Pollitzer: Ich habe nicht viel mehr zu sagen, als dass dieses Thema von allen Lehrern gänzlich vernachlässigt wird. Selbst in dem neuesten, in der letzten Woche erschienenen Buch von Koehler ist über die Prognose der Syphilis fast gar nichts erwähnt, über Prognose im einzelnen Falle absolut nichts. Ein bekanntes posthippokratisches Aphorisma lautet, dass der denkende Patient das enfant terrible des Arztes ist. Nun jeder, der sich mit Syphilis inficirt hat, will eben vor Allem wissen, ob seine Syphilis heilbar ist, oder ob die Infektion schwer

ist. In Bezug auf die Heilbarkeit der Syphilis herrscht heute allerdings kein Zweifel. Vor 30 bis 40 Jahren allerdings hörte man oft die Frage diskutiren, ob Syphilis überhaupt heilbar ist. Heutzutage kann man aber mit Bestimmtheit sagen, wenn richtig behandelt, ist sie heilbar. Vielleicht liegt es daran, dass die Syphilis in den letzten 10 Jahren möglicherweise sich abgeschwächt hat; wenn Moriak behauptet, dass die Zahl der Fälle von Nervensyphilis in den letzten Jahren bedeutend zugenommen hat, so kann man das gewiss besseren diagnostischen Methoden zuschreiben. Man hat eben vor 30 Jahren Nervensyphilis kaum gekannt. Aber in Bezug auf die Frage, ob die Infektion schwer ist oder nicht, glaube ich, dass wir absolut keine Antwort geben können. Wir wissen es nicht, und haben gar keinen Anhaltspunkt.

Dr. Seibert: Ich habe im Jahre 1885 im Jahrbuch für Kinderheilkunde einen Fall von Endarteriitis syphylitica cerebri bei einem 20 Monate alten Kind veröffentlicht. Das war der erste klinisch beobachtete Fall bei hereditärer Syphilis, der veröffentlicht wurde. In Bezug auf die Prognose ist es interessant, dass dieses kleine Kind, das ich damals in der Versammlung bei Dr. Jacobi vorstellte, anscheinend auf antisyphilitische Behandlung ganz gesund wurde. Die Eltern zogen nach 3 Jahren aus der Stadt in den nördlichen Theil des Staates New York, nach Oswego, und die Frau erzählte mir später, dass das Kind zwei Jahre nach der Entlassung von New York gestorben sei. und zwar an einem unerkannten Gehirnleiden; es habe wochenlang geschlafen.

Dr. Gleitsmann: Ich möchte noch etwas über den Zusammenhang von Tuberkulose und Syphilis bemerken. Ich habe ein paar solcher Fälle gesehen, und ich habe in einem solchen Fall einen guten Freund verloren. Derselbe hatte Tuberkulose, wie nachgewiesen wurde, und es stellte sich später Syphilis ein. Der Mann wurde sehr sorgfältig von kompetenter Seite an Syphilis behandelt, erkrankte und starb dann aber plötzlich an Pneumonie. Ich habe mehrere solche Fälle beobachtet, und es ist immer eine sehr unangenehme Lage für den Arzt, weil bei einigermassen entwickelter Tuberkulose eine antisyphilistische Behandlung zu schwächend auf den Kranken einwirkt.

In Bezug auf Larynxsyphilis möchte ich bemerken, dass die Fälle kein besonderes Interesse mehr bieten, wenn man mehrere derselben gesehen hat. Es sind dies Fälle, welche, wenn sie einigermassen schwer entwickelt sind und wenn sie Stenose hervorrufen, die Geduld und Ausdauer des Arztes ungemein in Anspruch nehmen. Ich habe augenblicklich eine Patientin im Deutschen Hospital, die ich schon seit vielen Jahren an Larynx-Syphilis behandle und die mehrmals Recidive im Larynx bekam. Ein kleiner Pharyngealprozess war längst abgelaufen, der Befund des Larynx war jedesmal eine Verwachsung der Stimmbänder in der vorderen Hälfte. Ich schlug der Frau öfter vor, sich operiren zu lassen; sie ging nie darauf ein, weil sie gut fühlte, und nur an Atemnoth litt. Schliesslich kam sie diesen Herbst wieder zu

mir und präsentirte nun das Bild eines sehr stark entwickelten akuten syphilitischen Prozesses mit einer frischen Ulceration am Kehldeckel, einer Infiltration an der hinteren Larynxwand, und standen die beiden Stimmbänder unbeweglich in der Mittellinie. Ich habe mich mit Dr. Meyer verständigt, ehe ich einen Dilatationsversuch vornahm, ob er bereit wäre, im Nothfalle die Tracheotomie zu machen. Ich versuchte die Dilatation, konnte mit dem Instrument zwischen den Stimmbändern durchgehen, die Glottis aber nicht dauernd offen erhalten. Die Patientin bekam einen Erstickungsanfall, und Dr. Meyer hat die Patientin durch Tracheotomie am Leben erhalten. Was ferner daraus wird, kann ich nicht sagen.

Nachträgliche Bemerkung. — Die Patientin hat weitere endolaryngeale Eingriffe behufs Eröffnung der Stimmritze abgelehnt.

Dr. Klotz (Schlusswort): Ich habe nur wenig zu erwidern. Was die Ausführung des Dr. Weber betrifft, so ist es ganz richtig, dass die Prognose der Syphilis in den letzten 20 Jahren, seit die Beziehung zu den Nervenkrankheiten bekannt geworden ist, eine ganz andere geworden. Die Fälle die Dr. Louis Heitzmann erwähnt hat, sind mir wohl bekannt. Dr. Carl Heitzmann hat vollständig Recht, wenn er meint, dass ich nichts Neues gesagt habe; er hätte auch hinzufügen können, dass alles lückenhaft und fragmentarisch ist. Das ist nicht meine Schuld, sondern die Schuld der Syphilis, dass sie sich nicht besser zu erkennen gibt. Ich stimme vollständig mit seiner Klage über unser Nichtswissen überein. Die Frage ist in Büchern ausserordentlich leicht, oder gar nicht behandelt, und es war nicht meine Absicht, die Wissenschaft durch diesen Vortrag zu bereichern. Ich glaubte, es sei manchem Kollegen nicht unangenehm, die Sache einmal zusammengestellt zu finden. (Bravo.)

III. NOMINATION VON BEAMTEN FUER DAS JAHR 1896.

Es werden die Beamten für das nächste Jahr nominirt.
Hierauf: Schluss und Vertagung.

---

17 West 43. Strasse.—Montag, 2. Dezember 1895.—Präsident: Dr. Willy Meyer.

Das Protokoll der letzten Versammlung wird verlesen und genehmigt.

1. VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

a. Dr. G. M. Edebohls: (Ein aussergewöhnlicher Fall von Retroversio uteri). Es handelt sich um ein 25 jähriges Mädchen, dass vor einem Jahre zu mir kam mit Beschwerden, die sich auf Retroversio uteri zurückführen liessen. Der Uterus war normal gross, retrovertirt im zweiten Grad, adhärent dem Mastdarm; beide Ovarien und Tuben normal gross, das rechte Ovarium fixirt. Die Beschwerden waren derart, dass die Ventrofixation gerechtfertigt schien, und es wurde am 25. November v. J. zur Operation geschritten. Nachdem alle Ad-

häsionen gelöst, zeigte sich, dass der Fundus uteri nicht an die vordere Bauchwand gebracht werden konnte. Trotz kräftigen Zuges mit eingehakten Volsellis blieb immer noch ein unüberwindlicher Abstand von 3 cm. zwischen Fundus und Bauchwand. Ursache war die ausserordentliche Starrheit des para-cervicalen Bindegewebes, welche den Cerwix derart fixirte, dass der Uterus nicht nach vorn gebracht werden konnte. Die mediane Bauchwunde wurde geschlossen, beide Leistenkanäle geöffnet, die Ligamenta rotunda vorgezogen, gekürzt und angenäht. Zweck dieses Verfahrens war, den Fundus uteri so weit als möglich nach vorn zu halten. Innerhalb 24 Stunden nach der Operation erkrankte das Mädchen an heftiger croupöser Pneumonie. Temperatur bis 105° F., Respiration 50 und darüber. Die Pneumonie involvirte zwei Drittel der linken Lunge; alle übrigen Lungenpartien waren collateral ödematös infiltrirt. Defervescenz nach 9 Tagen.

Am 6. Tage nach der Operation, erster Verbandswechsel; alle drei Wunden schienen primär geheilt. Am 10. Tage alle Wunden mit Eiter gefüllt. Eiter aus jeder der drei Wunden estnommen, ergab eine Reinzüchtung des Pneumococcus. Nach 5 Wochen waren alle Wunden geheilt; die Befestigung der Ligamenta rotunda jedoch war verloren gegangen, und die Patientin verliess das Hospital mit dem Uterus in derselben Lage, wie vor der Operation. Die Beschwerden dauerten fort.

Drei Monate später wurde ein weiterer Versuch gemacht, die Retroversion zu beheben. Diesmal wurde die Vaginofixation gewählt und soweit mit Glück ausgeführt, dass das Mädchen bis jetzt, 8 Monate nach der Operation, von allen Beschwerden befreit bleibt. Zwar befindet sich der Uterus nicht in ideal normaler Lage: die Cervix ist immer noch fixirt, das Corpus jedoch, nach vorn gebogen, liegt vor dem Promontorium sacri und der therapeutische Erfolg ist ein vollständiger.

Interessant sind in dem Falle:

1. Die Unmöglichkeit, den Fundus uteri bis an die vordere Bauchwand heranzuziehen. Ausdrücklich betont muss werden, dass diese Unmöglichkeit nicht etwa durch Verkürzung der Ligament utero-sacralia bedingt wurde, sondern ihre Erklärung in durch chronische Entzündung verursachter Starrheit des g a n z e n cervicalen Parametriums fand. In weit über hundert Ventrofixationen hatte ich hier zum zweiten Male mit diesem, die geplante Operation unmöglich machenden Umstande zu rechnen.

2. Die verursachte Ventrofixation, die missglückte Verkürzung der Ligamente rotunda, und die, wenngleich nicht vollkommen geglückte, so doch die Beschwerden der Patientin vollständig hebende Vaginofixation an derselben Person.

3. Die Pneumococcus-Infection aller drei Operationswunden.

b. Präs. Dr. Willy Meyer: Ich möchte mir erlauben, Ihnen mit wenigen Worten diese Patientin vorzuführen, die ich vor 1¾ Jahren im Post Graduate Hospital wegen benigner Striktur des Pylorus mit Re-

sektion des Pylorus und Einpropfung des Duodenumschnittendes in die hintere Magenwand mit Hülfe des Murphyknopfes operirt habe. Ich stelle Ihnen die Patientin nur vor, um Ihnen einen lebenden Beweis zu geben für die noch immer angezweifelte Thatsache, dass die aseptisch geheilte gastro-intestinale Anastome mit Hülfe des Murphyknopfes sich nicht kontrahirt. Die Patientin wog 128 Pfund, als sie Ende März 1894 aus dem Hospital entlassen wurde, und wiegt heute 190 Pfund und klagt sehr über Gewichtszunahme. Es beweist dies also, dass, wenn man diese Anastome ihrer physiologischen Funktion überlässt, ob nun zwischen Gallenblase und Darm, oder Magen und Darm, oder Dick- und Dünndarm, die Oeffnung sich nicht kontrahirt.

Dies ist der Grund, wesshalb ich mir gestattet habe, nach so langer Zeit die Patientin wieder zu demonstriren. Es ist dies jedenfalls ziemlich wichtig, weil doch der Widerspruch gegen den Murphyknopf noch ausserordentlich gross ist, speziell auf unserer Seite des Oceans. Es war mir interessant zu lesen, dass neuerdings drüben Arbeiten erscheinen, die sich in Lobpreisung des Murphyknopfes ergehen. Ich bin der festen Ueberzeugung, dass die Hoffnungen, die sich an denselben knüpfen, sich weiter erfüllen werden.

Diskussion über den Fall Dr. Edebohls.

Dr. J. Brettauer: Ich glaube, dass man die von Dr. Edebohls erwähnten Zustände bei jungem Mädchen mit Retroversion des Uterus häufig trifft. Es ist unmöglich, den Uterus aus der Kreuzbeinhöhle herauszubringen, wegen angeborener Verkürzung der Ligamenta sacrouterina. Es ist dies wohl die einzige Art der Rückwärtsverlagerungen der Gebärmutter, bei der gerade die Ventrofixation nicht geeignet sein dürfte.

Präs. Dr. Willy Meyer: Es handelt sich noch speziell um die interessante Frage von primärer Heilung von Wunden und weiterer Erscheinung von Pneumokokken in diesen Wunden bei sich schnell einstellender Pneumonie.

Dr. C. Heitzmann: Ich bin nicht hinreichend Experte in dieser Frage. Mein Sohn sagt, dass solche Fälle häufiger vorkommen.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ich möchte noch kurz einen Fall erwähnen, der leider nicht bakteriologisch untersucht worden ist. Es handelte sich um die Durchschneidung sämmtlicher Flexorensehnen einer Hand, sowie des N. medianus und ulvaris, bei einem jungen Mann. Die Sehnen- und Nervennaht wurde im Hospital gemacht. Alles schien prompt zu heilen. Der erste Verband wurde nach ca. 1 Woche gewechselt. Prima intentio war eingetreten. Nach ca. 12 bis 14 Tagen stellte sich plötzlich Vereiterung der Wunde ein unter dem Verband, und bei genauer Untersuchung des Patienten fand ich eine Gonorrhoe. Ich bedauere ausserordentlich, dass diese Untersuchungen nicht schon damals, vor 5 Jahren, gemacht worden sind.

DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

a. Dr. J. Brettauer (Multiples Fibrom des Uterus): Meine Herren! Ich stelle Ihnen diesen Fall vor wegen der Schwierigkeiten, die er mir

bei der Operation gemacht hat. Es handelt sich um eine 39-jährige Frau, die seit langer Zeit ein Fibrom hatte, das jedoch erst in den letzten fünf Monaten sich rapid vergrösserte und der Patientin grosse Beschwerden verursachte, zumal Obstipation, die durch innere Mittel kaum gehoben werden konnten. Als ich die Frau zum ersten Mal sah, fand ich das Fibrom, vom Perineum zum Rippenbogen reichend, den untern Theil fast im Becken eingekeilt, intraperitoneal. Die Frau hatte nebenbei systolisches Geräusch im Herzen, war in keinem besonders glänzenden allgemeinzustand, und ich habe mich anfangs gesträubt, sie zu operiren, und dachte es wäre vielleicht genügend, den Tumor, der im Becken eingekeilt war, per Vaginam zu entfernen. Ich habe mich zuletzt doch für die radikale Operation entschlossen und habe sie am 12. Oktober gemacht. Es war ganz leicht, die abdominale Tumorhöhle zu entfernen. Beiderseitig waren kleine Cysten da, die ich abgebunden und nach deren Abbindung ich einfach die ganze Masse supravaginal amputirte. Dann ging ich an die Entwickelung des Beckentumors. Es fand sich, dass die Flexur gerade an ihrem Uebergang in das Rectum quer an der Hinterfläche dieses Tumors verlief und nicht abzulösen war. Der zweite Tumor, ursprünglich in steilartiger Verbindung mit dem Uterus, hatte sich retroperitoneal vom Collum entwickelt. Ich probirte die Flexur abzulösen, war aber nicht im Stande, als ich während der Ablösung eine Schwellung, ca. faustgross, bemerkte hinter der Flexur, hinter dem Darm, den ich ablösen wollte, und dachte: vielleicht ist das eine retroperitoneale Cyste; ich konnte keine Volumenveränderung nachweisen, ich drückte auf die Masse, aber die Grösse blieb dieselbe. Ich wurde ein wenig dreister, und plötzlich gab etwas nach, und ca. ein Liter Flüssigkeit kam in die Bauchhöhle. Von dem Moment konnte ich dann ganz leicht an die Hinterwand des Tumors kommen, und mit äusserster Kraftanwendung konnte ich dann diesen Beckentumor entwickeln. Nachdem das geschehen war, besah ich das Operationsfeld und fand, dass ich die Flexur in beinahe vier Fünftel ihrer Circumferenz durchgerissen hatte und die Flüssigkeit ein Klyema war, das ca. 3 Stunden vorher eingebracht wurde. Die Frau war in sehr guter Verfassung. Die Narkose war gut, und der allgemeine Zustand der Patientin während der Operation sehr gut. Es handelte sich nun darum, zu entscheiden, ob ich den Murphyknopf oder die Naht anwenden sollte. Verschiedene Umstände veranlassten mich, die Darmnaht auszuführen, unter anderen der, dass ich mit der Darmnaht mehr vertraut bin, als mit der Einlegung des Murphyknopfes, zweitens der gute Zustand der Patientin, und drittens der Gedanke, dass ich die grosse Wundhöhle im Becken mit Gaze ausfüllen würde und dass vielleicht durch die grosse Menge Gaze nach Schliessung der Bauchwunde die Stelle, wo der Knopf liegt, durch Druck nekrotisch werden könnte. Ich habe also die Naht gemacht und dann noch ein kleines Stück vom Cervix ausgeschnitten, sodass ich schliesslich nichts mehr als die schlaffe Wand derselben hinterliess, keine eigentliche Substanz mehr. Ich füllte das ganze Becken mit

Gaze, deckte die Nahtstelle, die ich noch mit einem Theil des Peritoneums bedeckte und drainirte nach abwärts und nach oben. Die Frau genas ohne irgend einen unangenehmen Zufall, als ob etwa eine Ovarialcyste operirt worden wäre. Es fand gar keine Komplikation statt. Der Verlauf war normal. Nach einigen Tagen entfernte ich theilweise die Gaze, und am neunten Tag gab ich ihr ein Abführmittel. Der Darm entleerte sich ohne alle Beschwerde. Die Frau verlies das Hospital vor ca. 18 Tagen mit einer kleinen Oeffnung in der äusseren Wunde und einer freien Kommunikation durch den Cervix. Der Arzt, der mir die Frau zugeschickt hatte, schrieb mir vor ein paar Tagen, dass die äussere Wunde geheilt sei und dass allerdings noch eine ziemlich bedeutende Sekretion aus dem Cervix vorhanden sei. Bei Durchschneiden des Cervix fiel mir die Beschaffenheit des Gewebes auf. Gerade an der Amputationsstelle, wo ich das Stück entfernt habe, sieht es sehr verdächtig aus, als ob da eine sarkomatöse Degeneration wäre, was natürlich die Prognose des Falles bedeutend trübt.

b. Dr. E. Fridenberg (Osteom der Orbita): Das Präparat, das hier vorliegt, ist ein Osteom der Orbita. Dies ist im Ganzen sehr selten. Dr. Andrews hat aus den verschiedenen Augenkliniken dieser Stadt eine Statistik zusammengestellt und fand unter 300,000 nur 8mal Osteom der Orbita; und da diese Patienten gern von einem Dispensary zum andern laufen, so ist wohl anzunehmen, dass das Verhältniss ein noch geringeres ist. Trotzdem hoffte ich heute Abend im Stande zu sein, Ihnen nicht nur diesen schon operirten Fall, sondern auch ein Mädchen mit Osteom der Orbita zu zeigen, die während der letzten vier Wochen zur Behandlung gekommen ist. Dieser Fall bietet mehrfaches Interesse: einmal darin. dass der Tumor in ganz ungewöhnlicher Weise sich vor dem Auge entwickelte und das Auge in die Orbita zurückdrängte. Es ist dies der einzige Fall dieser Art. In der Literatur konnte ich keinen ähnlichen auffinden. Sonst brechen diese Fälle gewöhnlich hinter dem Bulbus durch und drücken den Bulbus nach vorn und nach aussen. Wenn nicht frühzeitig operirt wird, so geht das Auge durch Athrophie des Nervus opticus zu Grunde, oder es entwickeln sich Geschwüre der Hornhaut, und das Auge muss entfernt werden. In diesem Fall, wie gesagt, wurde der Bulbus zurückgedrängt, und der Patient konnte noch sehen, obgleich er sehr starken Astigmatismus davontrug. Dieses Osteom brach nach vorn durch und wuchs dann nach aussen weiter. Als der Patient, ein 28-jähriger Mann, mir vorgestellt wurde, hatte er diesen Tumor schon 14 Jahre lang bei sich getragen. Er war langsam gewachsen. Der Mann hatte verschiedene Augenärzte konsultirt. Einer schlug eine Operation vor, sagte aber, dass 9 von 10 Patienten dabei zu Grunde gingen. Das Bedenken, Osteom der Orbita zu operiren, ist gerechtfertigt, weil man niemals wissen kann, wie gross eigentlich der Tumor ist Bis zum Jahre 1880 waren unter allen operirten Fällen nur zwei davon gekommen, einer von Malgaigne und einer von Knapp. Die anderen sind an Meningitis zu Grunde gegangen, nachdem gewöhnlich die Dura mater

bloss gelegt worden war. Seitdem sind viele Fälle operirt worden, aber in jedem Fall kann man vor der Operation nicht sagen, was man für Gefahr läuft. Ich habe diesem Patienten gesagt, ich würde die Operation übernehmen, aber falls sich eine gefährliche Komplikation fände, würde ich sie unterbrechen. Nachdem ich jedoch den Schnitt auf den Tumor gemacht hatte, das Periosteum losgelöst und von beiden Seiten die vordere Wand des Pinus frontalis abgemeiselt hatte, fand ich, dass der Tumor mit ziemlich breiter Basis an der Hinterwand des Sinus frontalis festhaftete, aber das Ding brach ab, wie ich es aufasste. Der Patient erholte sich sehr rasch.

DISKUSSION.

Dr. F. Lange: Solche Verletzungen sind unter Umständen schwer zu vermeiden, wenn der Tumor breit aufsitzt und so unzugänglich ist, dass man genöthigt ist, im Dunkeln zu arbeiten. Ich habe im ganzen drei Patienten gesehen, bei denen dieses Malheur passirte. Zwei von ihnen sind genesen. In dem einen von ihnen schloss ich die Darm-Wunde durch Naht. In dem zweiten Fall, bei dem vollständig quere Durchschneidung des Dickdarms stattfand, trat gleichfalls nach Anlegung eines Anus präternaturalis und später plastischer Operation am Darm, vollständig Heilung ein. Ich sah ihn in der Praxis eines anderen Kollegen. Der dritte Fall, ist, so viel ich weiss, letal geendet. Es kann, wenn durch Blutung und Unzugänglichkeit des Operations-Terrains behindert ist, leicht passiren, dass man glaubt, man habe eine grosse Adhäsion vor sich, vertrauensvoll darauf los geht und zu seinem Schrecken sieht, dass man sich geirrt hat, und sollte daher vor Allem dem für alle complicirteren chirurgischen Massnahmen wichtigen Bestreben treu zu bleiben suchen, möglichst zu sehen, was man thut und danach das technische Vorgehen einzurichten.

Von dieser Erwägung aus, habe ich in letzter Zeit mehrmals bei breit aufsitzenden Beckentumoren den Querschnitt von Bardenheuer gemacht, in solchen Fällen nämlich, in denen ich glaubte, dass die Uebergangsstelle des Peritoneums auf dem Tumor besonders hoch lag. Man kann dann eventuell unter dem Peritoneum weg hin arbeiten bis zu den Uterinarterien, und es kann gelingen, durch eine verhältnissmässig sehr frühzeitige Unterbindung derselben, die Blutung sehr zu beschränken und der Gefahr durch einen grösseren Blutverlust aus dem Weg zu gehen. Ausser der Blutung und der Gefahr der Sepsis gibt es keine besonders grosse Gefahr bei diesen Operationen. Die lange Dauer schlage ich nicht so hoch an. Wenn man Blut spart, kann man sich die Operation über drei, vier Stunden ausdehnen, und Patient kann doch nach derselben in gutem Zustande sein und sich relativ schnell erholen, wenn er nur noch das nöthige Blutquantum hat.

Dr. Moschkowitz: Die Frage, die ich an Dr. Brettauer richten möchte, steht nicht in Verbindung mit der eigentlichen Operation. Er hat aber einen Punkt erwähnt, nämlich, dass die Frau vor der Operation ein systolisches Geräusch hatte, so dass er beinahe Angst hatte,

der Narkose halber die Operation vorzunehmen. Ich möchte Dr. Brettauer fragen, ob er uns sagen kann, ob dieses systolische Geräusch nach der Heilung verschwunden war. Ich erinnere mich eines Falles, den ich im Deutschen Hospital zu beobachten Gelegenheit hatte. Dr. Kammerer operirte die Patientin mit einem enormen Fibrom, welches 20 Pfund wog. Die Frau hatte auch systolisches Geräusch und wurde lange im Hospital gehalten, ehe sich Dr. Kammerer zur Operation entschloss. Etwa sechs Wochen nachdem die Frau von ihrem Fibrom geheilt war, war das systolische Geräusch gänzlich verschwunden.

Dr. J. Brettauer: Ich kann die Frage des Dr. Moschkowitz direkt beantworten. Die Frau wurde von zwei Internisten auf mein Ersuchen untersucht, und beide stimmten darin überein, dass es sich nicht um ein organisches, sondern wahrscheinlich um ein anämisches Geräusch handelte. Das Geräusch war aber nach der Operation, wenigstens als die Frau entlassen wurde, noch vorhanden. Es war ebenso deutlich zu hören, wie vorher.

Es wäre für mich interessant, wenn der Präsident mir über die Anwendung des Murphyknopfes in diesem Fall bei so sehr tief liegenden Verletzungen des Darmes, bei Tamponade des Beckens, Aufklärung geben wollte. Ich möchte wissen, ob ich da richtig gehandelt habe, mich vor der Nekrose zu fürchten, ob die Gefahr wirklich existirt, wenn die Gaze mit Sekret und Schorf getränkt ist und fester wird, dass beim Andrängen des nach und nach sich füllenden Darms der Durchbruch der Nekrose der Darmwand möglich ist.

Präs. Dr. Willy Meyer: Die Frage ist nicht leicht zu beantworten. Nekrosen haben sich bei Anwendung eines zu grossen Knopfes am Dickdarm gezeigt. Bei Strikturen des Dickdarms, seien sie durch Tumoren oder Narben bedingt, soll Resektion des betreffenden Darmabschnittes und Zusammenfügung der Schnittenden erst nach Entleerung der oberhalb gelegenen Darmparthie gemacht werden. Mit anderen Worten: man soll erst einen Anus präternaturalis oberhalb der Striktur anlegen. Bei Anwendung der Darmnaht verfahren wir in solchen Fällen ja ebenso. Wo der Darm leer ist, wie in dem Falle von Dr. Brettauer, hat man im Allgemeinen durch die Einfügung des Knopfes nicht das Geringste zu befürchten. Ich kann mir nicht denken, dass Druck von aussen jemals eine Nekrose des Darmes hervorbringen sollte.

2 DEMONSTRATION VON INSTRUMENTEN.

Dr. H. Goldberg. (Modifizirte rectale Hohlsonde zur Behandlung der entzündeten Prostata und Samenblasen.): Mit der Demonstration dieses Instrumentes will ich Sie nicht mit einem neuen, von mir erfundenen Apparat bekannt machen; es handelt sich vielmehr nur um ein von mir etwas modificirtes Instrument, das ich Ihnen demonstriren möchte, weil es nicht genügend gekannt und gewürdigt ist und weil die Häufigkeit der Affektionen der Prostata und Samenblasen, für die ich das Instrument anwende, unterschätzt und ihre Bedeutung als Faktor bei der Behandlung des Trippers ausser Acht gelassen wird.

Ich glaube nämlich entgegen der Ansicht Fürbünger's und anderer Autoren, dass die akute Prostatitis gonorrhoica und die analoge Affektion der Samenblasen relativ häufig ist, eben so wie man Epididymitis doch auch nicht als seltene Komplication der Gonorrhoe ansehen kann. Wenn man sich vergegenwärtigt, dass der hintere Abschnitt der Harnröhre in den meisten Fällen von Tripper mit afficirt ist, dass sich der Tripper durch die Vasa deferentia nach den Hoden resp. Nebenhoden verbreitet, und dass der Weg von der Harnröhre durch die Ductus ejaculatorii und Vasa deferentia nach der Prostata und Samenblasen ein viel kürzerer ist, als der von der Harnröhre durch die Ductus ejaculatorii, nach dem Nebenhoden, so müsste man sich wundern, wenn gonorrhöische Affektionen der Prostata und Samenblasen seltener wären als solche der Hoden.

Dem entspricht auch die klinische Erfahrung. Ja, man sieht sogar recht oft die gonorrhöische Erkrankung der Samenblasen der des Nebenhoden der betr. Seite voraus gehen.

Auch die chronischen Affektionen dieser Organe sind weit häufiger, als gewönhlich angenommen wird, und ich glaube, einen Grund für die Chronicität resp. Unheilbarkeit vieler Fälle von chronischem Tripper darin finden zu können, dass man den Affektionen der Prostata nicht die nöthige Aufmerksamkeit schenkt. Erst heute Morgen sah ich einen verheiratheten Patienten, der ein Jahr lang von sachverständiger specialistischer Seite behandelt worden war und bei dem sich von Zeit zu Zeit Ausfluss und Trübung des Urins zeigten. Die Harnröhre war frei von Ausfluss, hingegen entleerten sich auf Druck auf die Prostata vom Rektum aus drei bis vier Tropfen dicken übel riechenden Eiters. Das war das erste Mal, dass eine rektale Untersuchung beim Patienten vorgenommen wurde.

Gegen diese Affektionen wende ich das hier vorgestellte Instrument an, bei akuten Affektionen gewöhnlich mit kaltem, bei chronischen mit heissem Wasser. Die Modification besteht darin, dass das Instrument im stumpfen Winkel gekrümmt ist, so dass die Einführung auch bei hochgradigen Schwellungszuständen eine leichte ist und in irgend einer Stellung des Patienten vorgenommen werden kann. Tiemann & Co. fertigen das demonstrirte Instrument an, die älteren von mir benützten rectale Kuhlsonden, die Ihnen ebenfalls hier vorgelegt werden, werden von Eissner fabrizirt.

DISKUSSION.

Dr. Klotz: Was Dr. Goldenberg über die Entstehung der Epididymitis und Entzündung der Adnexe der Harnröhre sagt, darüber bestehen noch Zweifel. Wie Epididymitis entsteht, ohne dass die Entzündung wirklich bis an die Einmündungsstelle der Samenbläschen geht und wie die Sache zustande kommt, ist nicht ganz klar. Die Thatsache existirt.

BEAMTEN-WAHL.

Während die Abstimmung vorgenommen wird, gelangen die folgenden Berichte zur Verlesung:

3. JAHRESBERICHTE.

a. Bericht des protokollirenden Sekretärs, Dr. E. Bachmann. (Angenommen.)

b. Bericht des korrespondirenden Sekretärs, Dr. A. Rose. (Angenommen.)

c. Bericht des Schatzmeisters, Dr. Louis Heitzmann. Derselbe wird unter grossem Beifall aufgenommen.

d. Dr. F. Lange berichtet über den Unterstützungsfond des Vereins wie folgt:

Der Unter stützungsfond hat im Ganzen eine gar nicht weitgehende Thätigkeit entwickelt. Das ist ein sehr gutes Zeichen, dass schon jetzt die Zahl der Kollegen, die Hülfe suchen, ausserordentlich gering geworden ist. Wir haben bis jetzt nur in zwei uns wünschenswerth erscheinenden Fällen Hilfe geleistet, und zwar, wie uns scheint, ausgiebige, wie es sein soll, denn derjenige, der Hilfe braucht, soll auch so viel Hilfe bekommen, dass er wieder auf die Beine kommt. Ich sehe darin gerade einen Beweis für die Berechtigung unseres Vereins, und ich möchte diejenigen Herren, die bis jetzt noch nicht ihr Schärflein dazu beigetragen haben, bitten, sich uns zu nähern. Iich glaube, wir thun damit wirklich in den Fällen, wo Hilfe indicirt ist, etwas Gutes und schaffen die grosse Zahl von bettelnden Nichtsnutzen aus dem Wege, die bis jetzt unsere Offices überlaufen haben. Diejenigen Herren, welche in irgend einer Weise jemand, den sie für hilfsbedürftig halten, unterstützen wollen, bitte ich, sich an mich oder den korrespondirenden Sekretär, Dr. Rose, wenden zu wollen. Wir werden uns in jedem Fall angelegen sein lassen, die Verhältnisse zu untersuchen und dann eventuell zu unterstützen. Herr Dr. Heitzmann wird die Güte haben, den Kassabericht des Unterstützungsfonds vorzutragen. Wir haben über die Summe, über die Rechnung gelegt wird, hinaus etwas geleistet, das betrifft aber die Zeit, in der wir noch nicht in ein offizeelles Verhältniss zu diesem Verein getreten waren. Wir sind also nicht gehalten, darüber Rechnung zu legen. Es ist uns dann im Verein hier ein gewisser Zuschuss gewährt worden, und nach Vorlegung unserer Statuten sind wir damals gehalten worden, von unserer Thätigkeit von der Zeit an, hier im Verein Rechnung zu legen.

e. Dr. L. Heitzmann trägt den Kassabericht des Unterstützungsfonds vor. Derselbe wird unter lebhafter Zustimmung der Versammlung entgegengenommen.

Dr. J. W. Gleitsmann berichtet nunmehr über das Resultat der Beamtenwahl wie folgt: Es wurden im Ganzen 69 Stimmzettel abgegeben. Es wurden gewählt:

Zum Präsidenten: Dr. Willy Meyer.
Zum Vice-Präsidenten: Dr. H. G. Klotz.
Zum protokollirenden Sekretär: Dr. E. Bachmann.
Zum stellvertretenden protokollirenden Sekretär: Dr. Bauermann.
Zum korrespondirenden Sekretär: Dr. A. Rose.
Zum Schatzmeister: Dr. Louis Heitzmann.

(Fortsetzung folgt.)

Allerlei.

Die Vorschläge zur Abänderung der medicinischen Prüfungen im Deutschen Reich sind kürzlich veröffentlicht worden. Die wichtigsten Aenderungen sind folgende: die Studienzeit wird auf zehn Semester verlängert, (wobei halbjähriger Militärdienst mit der Waffe angerechnet wird.)

3. Nach vollständig bestandener ärztlicher Prüfung hat der Candidat, bevor ihm die ärztliche Approbation ertheilt werden darf, noch ein Jahr an einer deutschen Universitätsklinik, Universitätspoliklinik oder an einer sonstigen besonders dazu autorisirten Krankenanstalt sich als „Praktikant" zu bethätigen.

Das zweite Halbjahr der militärischen Dienstzeit (als Einjährig-Freiwilliger Arzt) wird bei bescheinigter guter Führung in das praktische Jahr eingerechnet.

4. Die ärztliche Vorprüfung kann frühestens am Schlusse des fünften Studiensemesters, die ärztliche Prüfung erst nach Abschluss des fünften Semesters nach vollständig bestandener ärztlicher Vorprüfung abgelegt werden.

Zur Annahme und zum Besuch von praktisch klinischen Vorlesungen (Kliniken, Vorlesungen und Kursen mit Benutzung klinischen Materials) darf ein Studirender in der Regel (vorbehaltlich von Dispensen, welche namentlich für Ausländer erforderlich werden können) erst dann zugelassen werden, wenn er die ärztliche Vorprüfung vollständig bestanden hat.

9. Ausländer können zu den medicinischen Prüfungen mit Genehmigung der im § 27 der ärztlichen Prüfungsordnung aufgeführten Behörden auch dann zugelassen werden, wenn sie nur den Vorschriften ihrer Heimathgesetze hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Vorbildung genügt haben. Jedoch erlangen sie in diesem Falle keine Aussicht auf Ertheilung der ärztlichen Approbation.

An neueren Fächern ist die Ohrenheilkunde, Psychiatrie, Kinderkrankheiten, Hals- und Nasenkrankheiten, Hautkrankheiten und Syphilis zu erwähnen. In der hygieinischen Prüfung werden die wichtigeren hygieinischen, und insbesondere auch bacteriologischen Untersuchungsmethoden verlangt.

1. Während des praktischen Jahres führt der Candidat den Titel „Praktikant".

2. Das praktische Jahr kann bei einer deutschen Universitätsklinik, Universitäts Poliklinik (Districtsklinik, nicht in blossen Ambulatorien oder sogenannten Privatkliniken) oder in einer von der Landescentralbehörde autorisirten deutschen Krankenanstalt zurückgelegt werden.

Es soll in der Regel die Ermächtigung zur Aufnahme von Praktikanten an Krankenanstalten nur ertheilt werden, wenn dieselben

a) öffentliche sind und

b) mindestens 50 Krankenbetten

haben.

3. Die Höchstzahl von Praktikanten, welche an jeder Universitätsklinik, Poliklinik oder autorisirten Krankenanstalt aufgenommen werden darf, wird von der Landescentralbehörde dergestalt festgesetzt, dass auf jeden Praktikanten bei der erfahrungsmässigen normalen Belegungsziffer mindestens zwanzig Kranke treffen.

4. Von dem praktischen Jahr ist mindestens ein halbes Jahr der Behandlung von inneren Kranken zu widmen.

5. Das zweite Halbjahr der militärischen Dienstzeit (als Einjährig-Freiwilliger Arzt wird hierauf angerechnet.

6. Der ärztliche Leiter der Anstalt hat die Verpflichtung, dem Praktikanten bei seinem Ausscheiden ein Zeugniss zu ertheilen, welches nach einem einheitlich aufzustellenden Formular auszufertigen ist.

7. Nach Ablauf des praktischen Jahres hat der Candidat behufs Erlangung der Approbation einen selbstverfassten Bericht und die Atteste über seine Thätigkeit als Praktikant, beziehungsweise als Einjährig Freiwilliger Arzt, bei der Landescentralbehörde, in deren Bezirk er die Prüfung abgelegt hat, einzureichen.

Diese wird nach Umständen die ausser den vorgelegten Papieren noch sonst zur Vervollständigung ihrer Information erforderlichen Auskünfte (Vorlage der Krankengeschichten, Tagebücher, eingehende Aeusserung der Krankenhausdirigenten u. s. w.) einziehen und die Kommission für Ertheilung der Approbation gutachtlich zur Sache hören.

10. Ihr motivirtes Gutachten hat entweder auf Ertheilung der Approbation oder auf zeitweise oder dauernde Versagung derselben zu lauten. (Zurückstellung auf ein Jahr, oder bei Geisteskranken bis zur Heilung, bei in strafrechtlicher Untersuchung befindlichen Candidaten bis zur Beendigung derselben.)

— Es empfiehlt sich ferner, in der Gewerbeordnung festzusetzen, dass auch die Bezeichnung als „Specialarzt“ oder ein gleichbedeutender Titel nur auf Grund einer besonderen Approbation geführt werden darf, deren Voraussetzungen der Bundesrath bezeichnet (etwa durch Aenderung des § 29 Absatz 1 in der Fassung: „Einer Approbation . . . . bedürfen . . . . diejenigen Personen, welche sich als Aerzte, Specialärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte, Thierärzte oder mit gleichbedeutenden Titeln bezeichnen . . .“).

Ergeht eine solche Ergänzung der Gewerbeordnung, so wird für die Ertheilung dieser besonderen Approbation zu erfordern sein, dass der Candidat nach Erlangung der ärztlichen Approbation noch zwei Jahre an einer deutschen Universitätsspecialklinik oder Specialpoliklinik oder in einem dazu autorisirten Specialkrankenhause sich theoretisch und praktisch mit dem betreffenden Specialfache eingehend beschäftigt hat.

Der anatomisch-physiologische Abschnitt der ärztlichen Prüfung soll nur als Repetitorium der Anatomie in der Vorprüfung gehandhabt werden.

Büchertisch.

Atlas und Grundriss der Bakteriologie und Lehrbuch der speciellen bakteriologischen Diagnostik. Prof. K. B. Lehmann und Dr. R. Neumann. (Verlagsbuchhandlung J. F. Lehmann, München.

Die Verlagsbuchhandlung und die Autoren haben sich das Ziel gesetzt, einen Atlas zu liefern, welcher die bakteriologische Diagnostik erleichtert. Da aber mit Abbildungen allein dieser Zweck nicht erreicht werden kann, hat Prof. Lehmann einen einleitenden Text zu dem Atlas geschrieben, welcher in ausgezeichneter systematischer Weise uns die Bakterien vorführt und in vielen Beziehungen anerkennenswerthe Fortschritte enthüllt. Die Bilder sind von Neumann aufs vorzüglichste ausgeführt, meistens in Farben. Einzelne Bakteriengruppen, wie z. B. die Vibrionen der Cholera und ähnliche sind in so vielen verschiedenen Stadien und Formen repräsentirt, sowohl makroskopisch als auch mikroskopisch, dass sogar einem Anfänger die Diagnose der asiatischen Cholera nicht zu schwer fallen dürfte. Vielleicht hätte das Gebiet des Bacterium Coli und Typhi abdominalis ebenso eingehende Berücksichtigung verdient. Eine Uebersichtstabelle über die biologischen Eigenschaften von über 60 der wichtigsten Mikroorganismen ist für rasche Orientirung äusserst werthvoll und wird nicht nur dem Anfänger, sondern auch dem in Bacteriologie Geübten sehr willkommen sein.

Wir sind überzeugt, dass der bacteriologische Grundriss und Atlas bald in jedem Laboratorium ein gern gesehener Gast sein wird und möchten wir der Verlagsbuchhandlung ein Wort der Anerkennung widmen für die hübsche Ausstattung und künstlerische Ausführung des vorliegenden Werkes.

Die neue preussische Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte. Mit eingehenden Erläuterungen und den für das Erwerbsleben der Medicinalpersonen giltigen Bestimmungen. Von Dr. I. Bornträger, Reg.- und Medic.-Rath. Leipzig, 1896, Verlag von H. Hartung und Sohn (G. M. Herzog). Preis 1 Mark. (Zugestellt durch Lemcke und Büchner, New York).

Bei dem Mangel eines jeglichen praktischen Werthes dieser kleinen Abfassung für uns hierzulande sind wir umsomehr in der Lage, als unbetheiligte Beobachter die vielen guten Eigenschaften desselben zu würdigen. Die Uebersichtlichkeit der Anordnung, dem Sinne nach sowohl wie im Druck, wird nur durch die Klarheit der Auslegung der verschiedenen Gesetzparagraphen des erfahrenen Autors übertroffen. (Im Uebrigen siehe Leitartikel).

Diät-Vorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art, Von Dr. I. Bornträger, Reg.- und Medic.-Rath in Danzig. Zweite verbesserte Auflage. Leipzig, 1896. Verlag von H. Hartung und Sohn (G. M. Herzog). (Zugestellt von Lemcke und Büchner, New York).

Die Einrichtung dieser „Diät-Vorschriften" ist eine derartige dass dieselben in mehrfachen Exemplaren für jede Krankheitsform vorhanden, aus dem perforirten Block abgerissen und dem Patienten fertig gedruckt übergeben werden können. Für etwaige Aenderung des Arztes ist Platz gelassen ; 36 verschiedene Diäten sind vorgesehen. Es ist dies zweifellos ein wertvolles Hilfsmittel in der Praxis eines vielbeschäftigten Arztes. Ohne auf viele vorzügliche Einzelheiten einzugehen, möchten wir doch bemerken, dass der Geschmack doch etwas zu ausgesprochen nordostdeutsch ist — viele Patienten würden sich zu den verschiedenen Bier-Suppen, Obst-Suppen, Dickmilch, Linsen-Suppen, kalte Schalen, u. s. w. nur schwer verstehen. Doch würde dies nur in gewissen Gegenden der Vorzügligkeit des Büchelchens Eintrag thun. K.

Verzogen.

Dr. W. H. KUBIN, 147 West 120. Str.

An die Leser.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

OTTO G. T. KILIANI,
133 E. 57. Str.

Zu verkaufen.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.
Organ für praktische Aerzte in Amerika

Bd. VIII. New York, August 20. 1896. No. 8.

ORIGINALARBEITEN.

Muskelatrophie nach Fracturen.*)

Nebst Besprechung wichtiger Frakturformen.

Von Dr. Otto G. T. Kiliani.

Meine Herrn!

Es mag vielleicht auffallend erscheinen, dass ich heute Abend wieder mit einem solchen Thema vor Sie trete, nachdem ich erst im Mai 1894 vor der Deutschen Medicinischen Gesellschaft einen ähnlichen Vortrag† hielt und seitdem zweimal Gelegenheit nahm, Ihnen Frakturfälle vorzustellen.

Trotzdem bedarf es hierzu, glaube ich, keiner Entschuldigung. Die einfache Thatsache, dass im Verlaufe eines Jahres zwei grössere deutsche Arbeiten über Fracturen erschienen, mag Ihnen als Beweis dienen, dass dieses Capitel der Chirurgie keineswegs so definitiv abgeschlossen ist, wie es bis vor Kurzem den Anschein hatte. Ich verweise auf die „Fracturen und Luxation von H. Helferich", erschienen 1895 in den Lehmann'schen Medicinischen Handatlanten und die eben kürzlich erschienenen „Beiträge zur Kenntniss einiger praktisch wichtiger Fracturformen" ven Dr. Theod. Kocher, Prof. in Bern, welche die Fracturen am oberen und unteren Humerusende behandeln und die am oberen Femurende.

*) Vortrag, gehalten am 21. April 1896 in der wissenschaftlichen Versammlung der Aerzte des deutschen Dispensary's in der Stadt New York.

†) Ueber Fracturenbehandlung mit baldiger Functionsfähigkeit des verletzten Gliedes.

Dieses neu erwachte Interesse an der Fracturlehre ist für den, der sich mit diesem interessanten Teil der Chirurgie näher beschäftigt, aus verschiedenen Gründen begreiflich; immerhin mag etwas damit das deutsche Reichsunfallversicherungsgesetz zu thun haben. Denn jeder verletzte Arbeiter, — und das Hauptcontingent an Fracturenmaterial stellen selbstverständlich die arbeitenden Klassen — ist, wie Sie wissen, nicht nur zur freien Hospitalbehandlung berechtigt, welche von der Versicherungskasse bezahlt wird, ein Drittel vom Arbeiter, ein Drittel vom Arbeitgeber, ein Drittel vom Staate, sondern auch zu einer eventuellen Pension, entsprechend dem Grade der Beschränkung in der Erwerbsfähigkeit, welche die Verletzung hinterlässt. Hierdurch ist die Aufmerksamkeit begreiflicherweise auf diese medicinisch wie national-ökonomisch gleich wichtige Frage von neuem gelenkt worden und incidentell auch auf den Punkt, den ich später noch einmal kurz berühren will, dass ein Patient, dessen Fractur geheilt ist, noch lange nicht curirt ist.

Diesem erneuten Bedürfnisse nach genauer Kenntnis der Fracturenlehre scheinen die vorhandenen Lehrbücher der Chirurgie und speciellen Werke hierüber, an denen wahrlich kein Mangel ist, — man braucht nur an Gurlt, Malgaigne, Bruns, Hamilton, Stimson, Hoffa, Bardenheuer, Anger, Helferich zu erinnern, —nicht mehr genügt zu haben, sodass neuere Abhandlungen entstanden sind.

Im weiteren Sinne aufgefasst, erscheint die Lehre der Fracturen und deren Behandlung deswegen ein so interessanter Teil der Chirurgie, weil er sich von dem sonst in den Vordergrund tretenden Axiom derselben, welches in der operativen Chirurgie ausgesprochen ist, Erkranktes zu entfernen, frei macht und sich mehr den Aufgaben der inneren Medicin nähert, nach einer Erkrankung wieder möglichst physiologische Zustände zu schaffen.

Während wir also sonst in der Chirurgie oft wegen vitaler Indication gezwungen sind, mehr oder weniger wichtige Teile abzutragen, und so oft unangenehm an das verstümmelnde Stückwerk der Chirurgie im eigentlichsten Sinne erinnert werden, sind wir bei der Behandlung der Fracturen oft, um nicht zu sagen, meistens, in der Lage, nur die richtigen Bedingungen

herstellen zu müssen, um, wenn auch nicht anatomisch eine „restitutio ad integrum“ zu erreichen, — denn ein gebrochener Röhrenknochen z. B. heilt am Orte der Fractur nie mit Spongiosabildung aus, — so doch praktisch dem erkrankten Organ seine physiologische Funktion wiederzugeben.

Um eine Fractur aber richtig behandeln zu können, muss man zu allererst sie richtig diagnosticiren können. Es wäre nichts verkehrter, als die Annahme, dass die Technik die Hauptsache sei, und die vielen deform geheilten Fracturen, welche wir zu sehen bekommen, haben meist ihren Grund durchaus nicht in mangelhafter Technik, sondern darin, dass die Fractur überhaupt nicht oder nicht richtig diagnosticirt wurde.

Zur Stellung einer richtigen Diagnose nun bedarf es entweder einer grossen persönlichen Erfahrung auf diesem Gebiete oder die vorhandenen Lehrbücher müssen die richtigen klinischen Eindrücke geben. Das erstere ist durchaus von äusseren Verhältnissen abhängig, die zum grössten Teile ausserhalb der Macht des Arztes liegen, und was den zweiten Punkt betrifft, so scheinen doch die am meisten benützten Handbücher nicht ganz das zu bieten, was den Bedürfnissen des praktischen Arztes am meisten entspricht. Ein Hauptfehler der meisten derartigen Werke liegt darin, dass die seltensten Verletzungsformen mit derselben, oder noch mehr Ausführlichkeit beschrieben sind, wie die häufigst vorkommenden, sogenannten typischen. Im therapeutischen Teile findet man oft mehr eine Geschichte der Behandlung der Fracturen als eine rationelle moderne Anleitung. Für den allgemeinen Gebrauch ist wohl „Hoffa's Fracturen und Luxationen“ mit seinen geradezu klassischen Abbildungen und die beiden eingangs genannten Arbeiten Helferichs und Kochers am meisten zu empfehlen. Um den Rahmen eines Vortrages nicht zu überschreiten und zugleich den Bedürfnissen der allgemeinen Praxis am meisten zu entsprechen, beschränke ich mich heute Abend auf jene Formen von Fracturen, welche dem Arzt am häufigsten begegnen, nämlich diejenigen der Extremitäten, und zwar zunächst die subcutanen.

Der erste wichtige Schritt in der Untersuchung einer vermutlichen Fractur ist eine genaue Inspection, ein Hilfsmittel,

dessen sich die meisten Untersucher nach meiner Erfahrung zu ihrem Nachteile begeben. Schon die Art, wie ein verletztes Glied gehalten wird, respective liegt, kann in gewissen Fällen zur Stellung einer richtigen Diagnose genügen. Doch soll man sich hierauf nie allein verlassen. Gewisse praktische, zwar allgemeine bekannte Kniffe, die aber leicht in Vergessenheit gerathen, sind zum Beispiel: Will man constatiren, ob ein Oberarm verkürzt ist, so lasse man den Patienten die Arme im Ellbogen flectiren und betrachte dann den Patienten von hinten. Oder um die Dislocation des unteren Fragmentes bei einer pertuberculären Abductionsfractur des Humerus richtig zu beobachten, betrachte man die Schulter des Patienten von hinten oben seitlich, gleichsam aus der Vogelperspective. Und so eine Anzahl anderer Hilfsmittel mehr. Jedenfalls möchte ich nochmals einen besonderen Wert auf eine genaueste Inspection legen.

Gehen wir nun zu einer kurzen Besprechung der Fracturen des Humerus am oberen Ende über, so finden wir pathologisch anatomisch eine neue Classification, nämlich nach

1.) Fracturae supratuberculares (rein intracapsulär) — die frühere sogenannte Fractura colli anatomii humeri.

Dieselben sind ausserordentlich selten und nur wenige Fälle, die wirklich sicher sind, beschrieben. Die Vermutung mag öfters nahe liegen, die Gewissheit jedoch kann nur geliefert werden bei operativem Vorgehen oder bei Sectionen.

Unter meinen 14 Fracturen des oberen Humerusende, wovon 3 complicirt waren, befindet sich einer, den ich in Consultation mit Dr. Nicolai gesehen habe, von dem ich annehmen zu müssen glaubte, einen solchen Fall vor mir zu haben.

Ohne in Détails eingehen zu wollen, will ich kurz die von mir seiner Zeit aufnotirten Symptome wiedergeben:

Mann von 50 Jahren, schwächlich, von zartem Knochenbau. Fractur entstanden durch direkte Gewalt: Fall auf die linke Schulter. Schulter wenig abgeflacht, Acromion springt undeutlich hervor. Unmittelbar unterhalb demselben seichte Grube. Distales Fragment vorn in der Achselhöhle zu fühlen. Das Gelenk auf Druck (12 Stunden nach der Verletzung) äusserst schmerzhaft, ebenso bei passiven Bewegungen.

Die Achse des Armes fällt ins Gelenk. Der Arm hängt

gerade am Leib herab, die gesunde Schulter kann leicht mit der Hand des verletzten Armes erreicht werden. Vergleich der Arme von hinten ergibt keine Verkürzung. Keine abnorme Beweglichkeit, Kopf im Gelenk undeutlich fühlbar, folgt den Rotationen des Armes scheinbar nicht, Crepitation bei stark abducirtem Arm in eigentümlicher Weise vorhanden, so dass manchmal Crepitation im Gelenk selbst und zugleich etwas unterhalb vorhanden zu sein scheint, eine Erscheinung, die sich zwanglos durch die fast völlige Umdrehung des abgerissenen Kopfes in der Pfanne erklären lässt. Eine Schulterresection wurde erwogen, schliesslich gelang jedoch die Reposition unerwarteter Weise, indem wahrscheinlich durch leichte Anspiessung unter Mithilfe des vermuthlich nicht ganz zerrissenen Periostes bei Hyperabduction mit Druck von der Achselhöhle aus, der Kopf sich drehte, so dass das Gefühl bei der Untersuchung ein völlig geändertes war. Extension im Bett in derselben nicht mehr veränderten Stellung, nämlich Hyperabduction, nach einigen Tagen (5) Extension mehr nach abwärts wegen heftiger Schmerzen. Nach 14 Tagen Gypsverband. Heilung mit frei beweglichem Gelenk, wenn auch erst nach wochenlanger Massage, passive Bewegung und vierwöchentliche Behandlung in dem Zander'schen Institute.

Um später nicht wieder darauf zurückkommen zu müssen, möchte ich jetzt gleich auf die Heftpflaster-Extension bei Behandlung von Oberarmbrüchen am oberen Ende wie in der Diaphyse hinweisen, welche, längst bekannt, von Bardenheuer wieder in Aufnahme gebracht worden ist, und auch von Schede vielfach geübt wurde.

Bei vielen derartigen Fracturen, stellt sich nämlich nach Reposition der Fractur die Dislocation sofort wieder her, so dass ein Schienen- oder Gypsverband äusserst schwierig anzulegen ist, besonders ohne genügende Assistenz. Da kommt dann der Heftpflastergewichts-Extensionsverband zu Recht, welcher ganz analog dem Oberschenkelverband angelegt wird, nur mit dem Unterschiede, dass ein Brett neben dem Bette horizontal aufgestellt wird, an dem Rolle etc. angebracht und der Arm gelagert wird. Wenn thunlich und nötig, Contraextension in der Axilla auf der erkrankten Seite. Ich empfehle den

Verband, der, wie es scheint, sehr wenig geübt wird, bei schwierigen Fällen aus eigener Erfahrung aufs beste.

Als zweite Form der Fracturen am oberen Humerusende haben wir zu betrachten:

Die Fracturae infractuberculares, welche umfassen:

Die Fractura pertubercularis (bei alten Leuten) entsprechend der Fractura epiphysaria der jugendlichen Individuen und

Fractura subtubercularis, entsprechend der Fraotura colli chirurgici.

Durch Combination der supratubercularen und in pratubercularen entstehen die Y-fracturen.

Die Fractura pertubercularis wird nach der Erfahrung anderer und auch nach meiner eigenen häufig mit einer Luxatia subcoracaidea oder subglenoidalis verwechselt. In einem Falle, den ich vor 1½ Jahren behandelte, erklärte mir der Arzt, er habe die „Luxation“ schon zweimal reponirt, sie stelle sich aber immer wieder her; was allein schon darauf hinweisen sollte, dass man es mit einer Fractur und nicht einer Luxation zu thun habe.

Das auffallendste Symptom ist die Functio laesa, dann der Schmerz bei Berührung des Armes. Dazu kommt die Schwellung und die von Küstner beschriebene eigentümliche Stellungsanomalie (auch von Poirier und Mauclaire angegeben): Der Kopf wird durch die Auswärtsrotatoren nach aussen gezogen, die Diaphyse dagegen durch Pectoralis major, Latissimus dorsi und Teres major nach einwärts. Der Arm bleibt also in Einwärtsrotation stehen, während das Gelenk in starker Auswärtsrotation sich befindet. Hierzu kommt die Abductionsstellung des Armes, welche an eine Luxation denken lässt. Die Achse des Oberarmes fällt am Gelenk vorbei nach innen. Der Acromialrand steht deutlich vor, unter demselben bei nicht zu grosser Schwellung eine Delle wie bei der Luxation, aber 1.) bei Luxation besteht nicht die oben beschriebene Pronationsstellung und hauptsächlich: *die Wölbung des Deltoides ist trotz der Furche nicht aufgehoben, sondern erhalten.* Ausserdem ist der Stoss von unten auf den Ellbogen geführt an der Fracturstelle äusserst schmerzhaft, was bei

der Luxation wegfällt, und schliesslich kommt hierzu die falsche Beweglichkeit im Gegensatz zur Fixation bei der Luxation; dieselbe ist in Narkose, auch bei Einkeilung, immer nachweisbar. Ein Aufheben der letzteren hat nicht die Nachtheile wie bei der Schenkelhalsfractur, ist im Gegentheil günstig.

Die Therapie ist grundverschieden, je nachdem wir es mit einer Abductionsfractur zu thun haben. Bei Abductionsfracturen ist das untere Ende, die Diaphyse, adducirt und auf das obere abducirte kurze Stück hat man wie bei hochsitzenden Oberschenkelfracturen keine Einwirkung. Die Idee des Verbandes ist hiermit gegeben. Man muss auf das untere Stück abducirend einwirken. Ob mit bis zum Ellbogen reichenden Achselkissen, oder durch Extensionsverband in der durch das obere Fragment angegebenen Richtung oder durch Gypsverband unter Achselbindenzug nach aussen, hängt vom einzelnen Fall und der Vorliebe des Arztes ab. Auf alle Fälle aber sind die allgemein gelehrten und üblichen Ellbogentouren, welche den Arm heben, falsch und unpassend, da das untere Fragment nicht heraufgeschoben werden darf.

Bei Adductionsfracturen, wobei also das obere Fragment adducirt steht, und das untere in Abduction, ist ein Achselkissen ein Fehler, denn der dadurch hervorgebrachte Druck lateralwärts, nach aussen, wirkt immer nur auf das untere Fragment, das ja so wie so schon in Abduction steht.

Hier genügt nach richtiger Reposition ein einfacher Fixationsverband, der den Arm an den Körper legt, wobei der Ellbogen nach vorne und abwärts gebracht wird. Auch hier schaden Hebetouren unter dem Ellbogen lediglich.

Die Symptome der Fractura subtubercularis sind im Ganzen nicht unähnlich denen bei pertubercularis. Aber die Abductionsstellung des unteren Fragmentes ist eine noch ausgesprochenere; die Knickung findet ungefähr am Deltoidesansatze statt. Die übrigen typischen Fractursymptome, wie Bluterguss, Schmerzen, Schwellung und Verkürzung sind noch viel ausgesprochener.

Ich möchte hier kurz die Technik des Gypsverbandes, wie ich ihn in einer Reihe von Fällen angewendet, beschreiben.

Demonstration.

Nach gelungener Reposition mit oder ohne Narkose wird zunächst eine Longuette, die durch Aufrollen und Legen einer Gypsbinde hergestellt wird, wie eine biegsame Schiene in der Art spiralenförmig angelegt, dass man auf der Schulter beginnend, unter der Axilla durchgeht, und am Ellbogen aussen endet. Eventuelle Bindenzügel aus Gaze zur Ausgleichung einer Deformität werden mit eingegypst und dann abgeschnitten. Diese Spirale lässt man fast ganz erhärten, ehe man fortfährt, was in einigen Minuten der Fall ist. Hierauf wird der Arm völlig eingegypst mit Anschluss einer Schulterkappe und Einschluss der Metacarpen. Während dieser Zeit ist der Arm je nach der Verletzung abducirt oder nach vorn flectirt oder hinten extendirt. Ist der Verband fast völlig trocken, was ebenfalls in kurzer Zeit geschieht (wenn er dünn genug ist,) so wird der Arm adducirt, die hierdurch sich abhedenbe Schulterkappe an die Schulterwölbung angedrückt und gleichsam modellirt und schliesslich vorn und hinten eine Flanellbinde mit einer starken Sicherheitsnadel am Gypsverbandrande befestigt, welche dann unter der gesunden Axilla gebunden wird. Der Verband ist einfach, die Technik nicht sehr schwierig und der Patient fühlt sich in demselben viel bequemer, als wenn der Arm an dem Oberkörper angewickelt wird. Man kann noch eine Drahtschleife mit eingypsen am Handgelenk, durch die man eine Suspension bewerkstelligen kann statt durch eine Mittella.

Die Resultate, die ich mit diesem Verband in meinen 14 Fällen, wovon allerdings 4 eine Zeit lang extendirt wurden, erreichte, waren durchweg zufriedenstellend.

Die Heilungsdauer, oder vielmehr die Zeit bis Patient, wenn irgend angängig, aus der Behandlung entlassen wurde, war allerdings eine durchweg wesentlich längere, als in den Handbüchern angegeben ist, nämlich 12—14 Wochen. In meiner Privatpraxis habe ich immer meinen Patienten begreiflich zu machen versucht, dass die Behandlung einer Fractur, resp. der sie begleitenden Nebensymptome eigentlich dann erst recht anfängt, wenn die Fractur nahezu geheilt ist. Die Zeit scheint, Gott sei Dank, vorbei zu sein, wo man nach vier Wochen einen Pat. mit kräftiger Callusbildung, Gelenksteifigkeit der näch-

sten Gelenke und Atrophie des ganzen hierzu gehörigen Muskelapparates, „geheilt" entlässt.

Ueber die möglichste Verhütung dieser störenden Nebenerscheinungen will ich später noch kurz sprechen.

Wenden wir uns nun zu den Fracturen des Humerus am unteren Ende, so haben wir hier vor allem drei Formen zu betrachten, nämlich:

1) Die Fractura supracondylica.

2) Die des Condylus externus (welche den Epicondylus und ein Stück der Trochlea mit einschliesst), und

3) Die des Epicondylus internus.

Diese drei Fracturformen überwiegen so sehr an Häufigkeit die übrigen, dass ich die anderen, um Weitläufigkeit zu vermeiden, lieber unberücksichtigt lassen will.

Alle Ellbogenfracturformen betreffen zum grössten Teile Kinder, bei denen dieselben die Stelle der Ellbogenluxationen der Erwachsenen einnehmen, entsprechend der relativen grösseren Festigkeit der betreffenden Gewebe.

Das ätiologische Moment der Fractura supracondylica ist, wie schon Volckmann und Thaden nachgewiesen haben, in einer Hyperextension zu suchen. Die Fractur entsteht also dadurch, dass Pat. auf die ausgestreckte Hand der abducirten Arme fällt. Die Fracturlinie verläuft von hinten oben schräg nach unten vorn, wobei gewöhnlich die Spitze des oberen Fragments die Haut durchbohrt.

In einzelnen seltenen Fällen ist die Fractur auf eine Hyperflexion zurückzuführen, welche dann eine umgekehrte Bruchlinie hervorbringt. Die Fractur ist deswegen von solcher Wichtigkeit, weil sie leicht, und deshalb häufig mit einer Luxation des Vorderarmes nach hinten, resp. vorn, verwechselt wird.

Die Therapie besteht in Gypsverband in rechtwinkliger Stellung angelegt, oder aber in dreifacher Extension im Bett, mit Achselextension nach oben in der Längsachse des Körpers, Extension des Oberarms über einer Rolle an der Decke, zum Halten desselben in der Schwebe, und Extension des Unterarms horizontal in rechtwinkliger Ellbogenstellung.

Die Resultate dabei scheinen gut zu sein (meine eigene Erfahrung beschränkt sich auf einen Fall) doch scheint sie mir

gerade bei Kindern, bei denen ja diese Fracturen am meisten vorkommen, recht schwer durchzuführen zu sein.

Die Fractur des Condylus externus wird hervorgebracht durch Fall auf gebeugten Ellbogen bei abducirtem Arm, oder, Fall auf die Hand in leichter Beugung und Pronationsstellung.

Das Hauptsymptom dieser Verletzung, welche nicht schwer diagnosticirbar ist, besteht darin, dass der nach aussen offene Winkel, welchen die Achsen des Oberarms und Unterarms zu einander bilden bei Supination der Hand, verschwindet, sowie dass die Abduction des Unterarms ausserordentlich schmerzhaft ist.

Kocher verlangt als Therapie hier operatives Eingreifen, bestehend in einer Knochennaht, oder, wenn dieselbe verweigert wird, Extension des Unterarms in rechtwinkliger, pronirter Stellung.

Ich muss sagen, dass ich mit meiner Methode des Gypsverbandes auf die nackte Haut, bei meinen 21 Fracturen des Humerus am unteren Ende, wovon 5 complicirt, Resultate bekommen habe, wie ich sie nicht besser wünschen kann. Auch bei ganz kleinen Kindern, selbst unter einem Jahr, lässt sich dieselbe gut durchführen. Ich habe eben jetzt eine Fractur des Condylus externus bei einem 10-monatlichen Kinde in Behandlung, welche ein vorzügliches Resultat verspricht.

Die Nachbehandlung hat allerdings auch hier viel zu leisten. Ich massire die Fractur unmittelbar vor dem ersten Verband, punktire eventuell einen Gelenkbluterguss, massire und bewege passiv bei jedesmaligem Verbandwechsel, was ungefähr alle 8 Tage stattfindet, und gebe nach der Heilung der Fractur die Fälle womöglich nicht aus der Hand, bis alles das, was ich erhoffe, erreicht ist.

Die Fractur des Epicondylus internus ist eigentlich eine unvollendete Luxatio cubiti posterior, oder mit derselben verbunden.

Ein Fixationsverband hat hier gar keinen Sinn, entweder man massirt das Gelenk einfach, oder man excidirt das abgebrochene Knochenstück.

Ich habe mit Absicht die Fracturen des Oberarms so ausführlich besprochen, um an diesem Beispiel zu zeigen, wie sehr die Behandlung einer Fractur von der richtigen Diagnose und

dem Verständniss für die Aetiologie abhängt. Ueber die anderen Fracturformen werde ich kürzer hinweggehen.

Die Fracturen der Ulna und des Radius am oberen Ende bedürfen nach Reposition, welche nicht immer ganz leicht ist, da gewöhnlich eine Luxation damit verbunden ist, einfach desselben Gypsverbandes vom Oberarm bis zu den Fingern exclusive, mit Supination der Hand.

Bei den 6 Fällen die ich behandelt, war jedesmal eine Luxation des Radiusköpfchens damit verbunden.

Ueber die Fracturen des Vorderarms in der Mitte ist nicht viel zu sagen. Die Diagnose ist einfach, ebenso die Therapie. Die Hand muss bei dem Verband selbstverständlich in voller Supination stehen, da nur so die beiden Vorderarmknochen parallel liegen, um auf diese Weise einer eventuellen interossalen Callusbildung vorzubeugen. Es erscheint daher völlig unbegreiflich, wie bis auf den heutigen Tag ein Verband gelehrt werden kann, der den Vorderarm in halbe Pronation stellt. Der hier allgemein übliche Verband, mit zwei Pappschienen, in halber Pronationsstellung, ist absolut falsch, und habe ich auch schon 4, in hiesigen Hospitälern behandelte Vorderarmfracturen zu Gesicht bekommen, mit völliger Aufhebung der Pro- und Pupination.

Der Gypsverband, wie gesagt in voller Supination angelegt, so dass Pat. in seine eigene Hand sehen kann, muss den Ellbogen mit einschliessen, und ebenso die Metacarpen.

In den 19 von mir behandelten Fällen war leicht uni form ein gutes Resultat zu erreichen.

Ueber Radiusfracturen ein Wort zu verlieren, erscheint mehr denn unnötig, trotzdem hat sich die Zahl der von mir beobachteten anderwärts nicht diagnosticirten Radiusfracturen, seit meinem letzten Vortrag, von 4 auf 8 erhöht. Die betreffenden Diagnosen sind dann gewöhnlich Rheumatismus, Distorsion und Anderes mehr.

In Bezug auf die Technik muss ich der Kürze halber auf meine obengenannte Arbeit verweisen. Ich will nur hinzufügen, dass ich in den letzten 20 Fällen von den 65 Radiusfracturen, über die ich im Ganzen verfüge, ebenfalls Gypsverbände statt Schienen angelegt und dadurch entschieden zum Comfort der betreffenden Pat. beigetragen habe.

Bei den Fracturen des Femur am oberen Ende unterscheiden wir folgende 4 Formen (nach Kocher):

1) Fractura subtrochanterica.
2) Fractura pertrochanterica.
3) Fractura colli femoris intertrochanterica.
4) Fractura colli femoris subcapitalis.

Bei der Fractura subtrochanterica, welche in ihrem Charakter der Diaphysenfractur nahekommt, hat das obere Fragment, auf welches wir ja bekanntlich keine Einwirkung ausüben können, eine Tendenz, sich in Flexion zu stellen. Die beste Behandlungsmethode besteht deshalb in einer senkrecht nach oben gerichteten Extension, wie sie bei den Oberschenkelfracturen der Kinder gebräuchlich ist. Sie wird von Jenen auch gut vertragen, von Erwachsenen dagegen schlecht. Extension nach oben ist deshalb so zu modificiren, dass nur der Oberschenkel in dieser Richtung zu extendiren ist, während das Knie, durch eine geeignete Schiene unterstützt, rechtwinklig zum Oberschenkel gestellt wird, und so der Unterschenkel nach unten extendirt wird.

Die Fractura pertrochanterica wird einfach mit starker Gewichtsbelastung (20 Pfund) in Abduction extendirt, eventuell nach kurzer Zeit im Gehverband behandelt, den ich Ihnen gleich näher zeigen will.

Bei der dritten Form, der Fractura colli femoris intertrochanterica, ist die Tendenz des Oberschenkels nach aussen, eventuell auch einmal nach innen, umzufallen, am grössten, und ist deshalb eine kurze Volckmann'sche T-Schiene, am besten mit Hinzufügen des Volckmann'schen Schleifbretts, hier entschieden am Platze. Ich lasse dieselbe sonst, wenn thunlich, weg, da die Gefahr des Decubitus an der Achillessehne bei nicht genauester Ueberwachung, eine ziemlich drohende ist. Die Schmerzhaftigkeit desselben ist eine so hochgradige, dass die Gewichtsbelastung sofort unerträglich wird. Es mag hier nebenbei bemerkt werden, dass die alte Regel gar nicht genug zu betonen ist, nämlich, die Stelle in einem Verband, wo erfahrungsgemäss Decubitus am leichtesten eintritt, nicht zu polstern, sondern frei zu lassen. Jemehr man an einer solchen Stelle Watte aufträgt, „um es weich zu machen", desto

mehr Material ist da, um den unerwünschten Druck auszuüben.

Bei der Fractura colli femoris subcapitalis lege man, ausser in Fällen von Einkeilung, wo die Behandlung wie in dem vorhergehenden Fall ist, den Pat. nur so lange zu Bett, bis die grösste Schmerzhaftigkeit überwunden ist, strebe aber sonst keine knöcherne Heilung an, sondern behandle die Fälle ambulant mit Massage, eventuell mit einem Gehverband.

Als Gehverband für Oberschenkelfrakturen habe ich in zwei Fällen einen Gypsverband mit Eisenbandeinlage versucht, und damit die Pat. auch rasch, am 8. bis 10. Tage, auf die Beine gebracht, aber die Technik ist so schwierig, dass ich dieselben nicht allgemein empfehlen möchte. Viel befriedigender ist eine gut gearbeitete Phelps'sche Coxitisschiene, die ich Ihnen hiermit vorzeige. Die Patienten gehen mit erhöhter Fusssohle am gesunden Bein, und mit Krücken sicher und ohne Schmerzen.

Von 12 Fracturen am oberen Femurende habe ich 3 ambulant behandelt ohne jeden Verband (subcapitalis) 1 mit Phelps'scher Schiene, die übrigen mit Extension.

Die Fracturen des Femur in der Diaphyse, von denen ich 4 behandelte, bieten in der Behandlung nichts Neues, sondern schliessen sich hierin der der Subtrochanteren an.

Es erscheint kaum nöthig, darauf hinzuweisen, von welcher vitalen Bedeutung es ist, da den Gehverband anzuwenden, wo immer dies angängig ist.

Ueber Patellarfracturen habe ich erst ganz kürzlich gesprochen, und begnüge mich daher, nochmals auf den Gypsverband mit den Schede'schen Fingereindrücken, welche die Fragmente zusammenhalten, hinzuweisen, für die Fälle, wo er geeignet erscheint.

Ich habe denselben in 3 Fällen angewendet.

Zum Schlusse führe ich noch 32 Unterschenkelfracturen an, welche ich sämmtlich ambulant, mit Gehgypsverband behandelt habe. Kein Pat. kam später als am 9. Tag auf die Füsse, und man kann wirklich ohne Uebertreibung sagen, dass der Zeitpunkt, wann Pat. auf die Füsse kommen, lediglich davon abhängt, wann man den Pat. in Behandlung übernimmt, denn gewöhnlich können sie am Tage nach Anlegung des

Gypsverbandes gehen. Ausgenommen sind davon nur die Fracturen mit sehr ausgesprochen schräg verlaufender Bruchlinie, welche sich zur ambulanten Behandlung nicht eignen.

Ein solcher Fall, bei dem ich sie versuchte, bildet meinen einzigen Misserfolg. Derselbe ist mit Verschiebung der Fragmente geheilt.

Von diesen 174 Fracturen habe ich 166 lediglich mit Gypsverband, immer auf die nackte Haut angelegt, behandelt, und dabei, ohne irgendwie voreingenommen zu sein, nur Vorteile gesehen. Interessant ist dabei, zu beobachten, wie sich die Schwellung verhält. Die alte „unumstössliche" Cardinalregel, nie einen Gypsverband anzulegen, ehe die Schwellung heruntergegangen ist, wegen des drohenden Gespenstes der Gangrän, ischämischen Muskellähmung, u. s. w., wurde eben doch umgestossen, indem sich gezeigt hat, dass bei richtiger Anlegung nicht nur nie etwas derartiges eintritt — ich habe nie einen Gypsverband abnehmen müssen wegen Circulationsstörung, wohl aber oft nach wenigen Tagen einen neuen anlegen müssen, weil der erste wegen Abschwellung des Gliedes zu locker wurde — sondern sogar dass der frühzeitig direkt auf die beginnende Schwellung angelegte Gypsverband eine excessive Schwellung verhinderte, indem augenscheinlich besonders die Blutung aus dem Knochenmark früher stand.

Als Anhang zu dieser kurzen Uebersicht über Fracturenbehandlung möchte ich mir erlauben, Ihnen eine vorläufige Mitteilung vorzulegen über meine experimentellen Untersuchungen über Muskelatrophie nach Muskel-, Knochen- und Gelenkverletzungen.

Ich hatte allerdings gehofft, Ihnen die Arbeit vollendet unterbreiten zu können. Die Detailuntersuchungen sind aber noch so wenig abgeschlossen, dass ich mich mit der Anführung des Nachweises des Hauptpunktes begnüge.

Es wurde bis vor nicht zu langer Zeit angenommen, dass gesunde Muskeln durch Ruhigstellung atrophiren, ja, dass sogar gesunde Gelenke durch Ruhigstellung ankylosiren. Beides ist sicher falsch. Eine Reihe französischer, deutscher, und auch amerikanischer Untersucher, von denen ich nur Vulpian, Charcot, Hoffa und Phelps anführen will, haben dies mit abso-

luter Sicherheit, so dass kein Zweifel mehr erlaubt scheint, nachgewiesen.

Der Irrtum in dieser klinischen Auffassung, der doch bei seiner allgemeinen Verbreitung einen Grund haben muss, da ja die besten klinischen Beobachter sich denselben anschlossen, ist dadurch zu erklären, dass eben nur Muskeln ruhiggestellt wurden, durch Verbände etc., in deren Nähe ein Krankheitsprocess sich abspielte, und dass vielleicht nebenbei, bei Abnahme des Umfangs eines Gliedes, z. B., der Fettschwund für Muskelschwund gehalten wurde, ohne die Muskeln auf ihr elektrisches Verhalten zu prüfen.

War also einerseits bekannt, dass Muskeln durch einfache Ruhigstellung nicht atrophiren können, so war andrerseits die Muskelatrophie bei Verletzungen und Entzündungen, die sich in Gelenken oder in deren Nähe abspielten, Gegenstand eingehender Untersuchungen.

Schon Léfort (1877) wies auf die „Amyotrophie arthropathique" hin, und sein Schüler Voltat machte Injectionen von irritirenden Substanzen in die Gelenkhöhlen, und beobachtete von Tag zu Tag den Fortschritt der Atrophie der Extensorenmuskeln des entzündeten Gelenks. Nach 4 Tagen hatten die Muskeln ein Fünftel ihres Gewichts verloren, und 50 Prozent nach 15 Tagen. Es bestand einfache Atrophie, ohne entzündliche Veränderung der Muskeln, oder der intramusculären Nerven.

Es bestand die Theorie, dass die Muskelatrophie die Folge einer Myositis oder Neuritis sei, welche durch Fortleitung der Gelenksentzündung auf die benachbarten Muskeln entsteht. Dagegen ist anzuführen, dass Voltat bei seinen Experimenten mikroscopisch weder eine Myositis noch eine Veränderung der Muskelnerven fand.

Zweitens, da die Atrophie sich bald auf das ganze Glied erstreckte, ist die Hypothese einer Fortleitung der Gelenksentzündung nicht haltbar. Es blieb also nur die Theorie einer Hemmungswirkung durch Reflexwirkung auf das Rückenmark allein übrig.

Auch Geo. W. Jacoby hat 1884 (im "Journal of Nervous and Mental Disease," Vol. XI, No. 2, April 1894) die Frage in einer Arbeit behandelt, welche betitelt ist: The Neurotic Disturb-

ances after Joint affections, und hob insbesondere hervor, dass die Atrophie mit ihren Folgeerscheinungen in gar keinem Verhältnisse zur ursprünglichen Verletzung, die nur eine leichte Distorsion zu sein braucht, steht. 1890 wies Raymond (Revue de Medecine, p. 375) in einer Reihe von Untersuchungen nach, dass durch Durchschneidung der hinteren Wurzeln des Rückenmarks entsprechend dem Gliede wo die Gelenke transmatisirt wurden, die Atrophie des Muskels zu verhindern war.

Hoffa teilte am Chirurgischen Congress zu Berlin, 1891, dieselben Resultate mit.

Schliesslich haben Duplay und Cazin Folgendes in den Archives Générales de méd. 1891 mitgeteilt über histologische Untersuchungen der Muskeln, Nerven und des Rückenmarks der Tiere die sie auf diese Frage hin untersucht haben:

Einfache Muskelatrophie ohne körnig-fettige Degenrationen der Fasern. Keine Veränderung der Muskelnerven. Integrität der vorderen und hinteren Wurzeln. Keine Spur von spinaler Laesion. Sondern nur: leichte Veränderung der Endfäden der Gelenknerven, die im Contact mit den erkrankten Gelenkpartien waren.

Auch Dorkschewitsch hat ebenso nachgewiesen, dass das Rückenmark intact blieb, ebenso wie die peripheren Nerven und die Muskeln in Fällen von Muskelatrophie nach Gelenkverletzungen beim Menschen.

Charcot entwickelt nun in seinem klinischen Vortrage über: Amyotrophie spinales réflexes d'origine abarticulaire (Progrés Méd., 1. April 1893) die Ansicht, dass die Laesione der centripetalen Nerven, welche aus den Weichteilen oder Knochenpartien in der Nähe von Gelenken hervortreten, genau dieselbe Atrophie hervorbringen können.

Gonelin und Tillaux haben auf die Erscheinung dieser Atrophien hingewiesen, welche nach Fracturen in der Nähe von Gelenken auftreten. Man hat sie auch bei gewissen Fällen von Rotulafracturen gesehen. (Thése de Christin, 1880), ebenso bei phlegmonösen Läsionen, welche von der Bursa trochanterica ausgingen.

Von Lücke erwähnt die Thatsache, dass die partielle Zerreissung des Muskels während der Anstrengung einen Shock

auf den Muskel ausübe, welche in Atrophie des Muskels ausgehen kann.

Dutil und Charcot haben 1892 darauf aufmerksam gemacht, dass diese Erkrankungsfälle viel häufiger sind als angenommen und häufig verkannt werden.

So stand die Frage, soweit ich mich bei ziemlich genauer Durchsicht der mir zugänglichen Litteratur orientiren konnte, als ich mich mit der Frage der Muskelatrophien nach Dislocationen, Luxationen und Fracturen in Gelenken und deren Nähe zu beschäftigen mich bemühte.

Erscheint auch sicher nachgewiesen, dass es eine centrale Wirkung sei, so war doch der centripetale Reiz am Ort der Verletzung noch in keiner Weise erklärt. Alle dahin gehenden Ausdrücke hierüber bei sämmtlichen Autoren sind eigentlich ziemlich vager Natur: Lésion, Shok, Reiz, etc. Auf histologischem Wege war der Sache nicht beizukommen, die Untersucher haben immer wieder nur einfache Atrophie gefunden.

Es lag eigentlich nun ziemlich nahe, an eine toxische Wirkung zu denken, wie ich mich diesen Winter bei Vorstellung einer Patella-Fractur vermutungsweise ausgesprochen habe, um so mehr, da die ungeheuer rasch auftretende Atrophie, manchmal schon nach wenigen Tagen, lebhaft an eine Vergiftung erinnerte.

Bei dem Suchen nach dem toxischen Agens war folgender Gedankengang massgebend. Die Muskeln waren vorher völlig gesund, nun kommt eine Verletzung hinzu, eine Distorsion, Luxation, Fractur, und nach kurzer Zeit ist die Atrophie elektrisch nachweisbar. Alle diese Verletzungen gehen mit einer Blutung einher, und der Gedanke lag also ziemlich nahe, diese Blutung hierfür verantwortlich zu machen, so nahe, dass es fast unbegreiflich erscheint, dass die Idee nicht vorher verfolgt wurde.

Ich glaube nun den absoluten experimentellen Beweis geliefert zu haben, dass durch die Resorption von Blut eine Vergiftung und Lähmung hervorgebracht werden kann, welche klinisch einen ähnlichen Eindruck macht wie die Muskelatrophie nach Verletzung und welche durch faradische und galvanische Untersuchung deutlich nachweisbar ist.

Um noch einmal zu beweisen, dass absolute Ruhigstellung eines Muskels nicht zur Atrophie führe, wurde folgender einleitender Versuch angestellt:

Versuch I.

Am 4. April '96 wird einem gezeichneten Kaninchen die Achillessehne subcutan durchschnitten. Am 6., nach 48 Stunden, wird der Unterschenkel blosgelegt, wobei die Gastrocnemii total retrahirt erscheinen. Die elektrische Untersuchung ergiebt prompte Reaction auf faradischen Strom. Tetanus selbst bei schwächstem secundären Strom.

Bei allen elektrischen Untersuchungen wurden die Elektroden mit metallischer Berührung auf den nackten Muskel aufgesetzt, so dass der Strom den geringsten Wiederstand fand.

Versuch II.

Am 4. April '96 wird einem Kaninchen No. 2 ein Cubiccentimeter Blut, welches aus seiner eigenen Ohrvene entnommen war und durch den Zusatz einer Spur von Magnesiumsulphat vor Gerinnung geschützt wurde, in den linken Gastrocnemius injicirt. Faradische Untersuchung am 6.: Es wurde ein Controllversuch mit Einspritzung einer wässerigen Magnesium-Sulfatlösung gemacht, bei der keine Atrophie auftrat. Bei schwachem Strom, nämlich ausgezogener Spule und Eisenkern bis zu 12 cm. eingeschoben, keine Zuckung. Bei 12 cm. mässige Contraction, eigentlicher Tetanus erst bei 13, voll eingeschoben.

Galvanische Untersuchung. Bei einem Element keine Cathoden- und keine Anodenzuckung. Bei zwei Elementen, Cathodenschliessungszuckung vorhanden, Cathodenöffnungszuckung fehlt beinahe. Dieser Versuch wird sechsmal wiederholt, jedesmal mit demselben Resultate.

Anodenschliessungszuckung vorhanden, nachher leichter Tetanus. Keine Anodenöffnungszuckung. Zehnmal wiederholt, jedesmal dasselbe Resultat.

Fünf Elemente geben ziemlich starke Anodenschliessungszuckung, geringe Anodenöffnungszuckung. Cathodenschliessungzuckung mässig, Cathodenöffnungszuckung ziemlich stark.

Unter dem Einfluss der Cathode während des Experimentes kein Tetanus, wohl aber an der Anode.

Versuch III.

Am 4. April '96, wird dem Kaninchen No. 3 der Gastrocuemius links gequetscht durch zangenartiges Kneipen zwischen Daumen und Zeigefinger.

Faradische Untersuchung. Am 6. Schwächster Strom hat bei direkter Reizung keine Wirkung. Eisenkern voll eingeschoben, secundäre Rolle ganz aussen, giebt leichte, langsam verlaufende Zuckung, wobei aber nur einzelne Muskelpartieen zur Contraction kommen, während andere völlig gelähmt bleiben.

Bei halb eingeschobener Rolle, und ganz eingeschobenem Kern, treten bei Reizung am Ansatz der Achillessehne noch immer nur sehr schwache und partielle Zuckungen auf.

Stärkster secundärer Strom giebt ziemlich kräftige Contraction des ganzen Muskels.

Galvanische Untersuchung. Zwei Elemente. Cathodenschliessungszuckung ziemlich schwach. Cathodenöffnungszuckung fast null.

Anodensschliessungszuckung ziemlich stark, aber langsam verlaufend. Anodenöffnungszuckung geringergradig.

Die Cathodenschliessungszuckung war schwächer als die Anodenschliessungszuckung. Ka Oe Z etwas stärker als An Oe Z.

Um Sie nicht zu ermüden, will ich nur kurz anführen, dass diese Experimente noch dreimal wiederholt wurden, jedesmal mit annähernd denselben Resultaten. Um eine Selbsttäuschung auszuschliessen, habe ich die Herren Schwyzer und Michel gebeten, mir bei den Versuchen behilflich zu sein, was dieselben mit der grössten Bereitwilligkeit thaten, wofür ich ihnen hiermit meinen besten Dank ausspreche.

Was beweisen nun diese Experimente?

Die Deutung des elektrischen Befundes ist die, dass, während der an seinem Ansatz durchschnittene, vollständige entspannte Muskel in seinem elektrischen Verhalten normal blieb, der Muskel, in welchem eine artificielle Blutung stattfand durch Injection, in seiner elektrischen Erregbarkeit hochgradig herabgesetzt wurde, ohne jedoch Entartungsreaction

zu zeigen, während der stark gequetschte Muskel leichte Entartungsreaction aufwies.

Die klinischen Bilder, welche die Muskeln, in die Blut injicirt wurde, boten, entsprechen völlig der Anschauung Charcots und der anderen Autoren. Die amyotrophie spinale, welche ihren Ursprung nach Charcot und Anderen in dem traumatischen Reiz, welchem die Nervenendigungen ausgesetzt wurden, hat, lässt sich hervorrufen durch Injection von Blut, was, wie mir scheint, ein Beweis dafür ist, dass die Muskelatrophien nach Verletzungen in Gelenken und deren Nähe durch toxische Wirkung des resorbirten ausgetretenen Blutes hervorgebracht werden.

Was die chemisch wirksame Substanz im Blute ist, welche auf die Nervenendigungen giftig einwirkt, sodass hieraus eine centrale Muskelatrophie entsteht, bin ich z. B. nicht im Stande anzugeben, ob Nucleinsäure, Hyston, Pepton, u. s. w.

Ich hoffe, dass mir im Laufe dieses Sommers die Isolirung dieses Giftes gelingen wird, durch dessen Injection die generelle Muskelatrophie experimentell zu erzeugen ist. Die praktische Bedeutung dieser Befunde lässt sich nicht leugnen.

Zunächst möchte ich, entsprechend dem ersten Thierexperiment, mit Ruhigstellen des Muskels, anführen, dass es eine wirkliche Ruhigstellung eines Muskels durch Verbände überhaupt nicht giebt, indem sogar in Gypsverbänden, welche auf die nackte Haut angelegt sind, und so genauesten Formanschluss garantiren, Muskelcontractionen möglich sind, wie ich durch Eingypsen einer Unterbrechungselektrode am Menschen experimentell nachgewiesen habe.

Für die giftige Wirkung des ausgetretenen Blutes spricht klinisch die Erfahrung, dass eine grosse Reihe von Pat. mit subcutanen Fracturen am ersten bis vierten Tage Temperatursteigerungen aufweisen. Ich selbst habe bei 32 Pat. mit Fracturen Temperaturen bis zu 102° gefunden, ohne andere nachweisbare Ursache, kann aber leider nicht angeben, welchen Prozentsatz dieselben repräsentiren, da ich nicht alle Pat. gemessen.

Die Bedeutung des möglichst früh angelegten Gypsverbandes zur Stillung der Blutung aus dem Knochenmark ist also eine sehr wesentliche; ebenso wichtig ist die möglichst

frühzeitige Entleerung jedes Hämarthros bei Gelenkfracturen, und schliesslich gewinnt die möglichst ausgedehnte Anwendung der Gummibinde bedeutend an Werth, welche das ausgetretene Blut, das auf keine Weise aus den Geweben zu entfernen ist, wenigstens auf eine möglichst grosse Oberfläche verbreitet, und so gewissermassen die Dosis für die einzelnen Muskelpartieen mit ihren Nervenendigungen verkleinert, und welche vor allem das Blut in Gewebe treibt, welche dessen Extractivstoffe mit relativ geringem Schaden absorbiren können, nämlich subcutanes Zellgewebe und Haut.

Auf diese Weise wird sich zum grössten Theile, wenn auch nicht ganz, bei Fracturen die Atrophie der umgebenden und benachbarten Muskeln vermeiden lassen, welche zu so schweren Erscheinungen führt. Die geringe unvermeidliche Atrophie aber kann durch geeignete Massage, passive Bewegungen, elektrische Behandlung gehoben werden.

133 East 57th street.

Leitartikel.

Der Kneipp Verein No. 1 von New York hat eine Eingabe an die Parkcommissäre gerichtet, worin um die Erlaubniss nachgesucht wird, dass gewisse Wiesen in den öffentlichen Parks den Mitgliedern des genannten Vereins zu morgendlichen Barfussspaziergängen im Thau überlassen werden mögen.

Damit hält die berühmte Kneipp'sche Kur ihren officiellen Einzug in New York. Jedem Narren gefällt seine Kappe und wenn einige Männlein und Weiblein einen gewissen Sport darin ersehen, mit nackten Beinen im morgendlichen Thau sich zu ergehen, so ist dagegen ja an sich nichts zu sagen. Jeder deutsche Arzt jedoch, der diese Bewegung in den letzten Jahren verfolgt hat, muss darin mehr erblicken.

Die sogenannte Kneipp'sche Kur hat ein gut Teil vernünftiger Anschauungen zur Grundlage. Dies kann niemand leugnen, der den wolhthätigen Einfluss von Abhärtung mit mehr oder weniger kaltem Wasser kennt. Das ist aber nichts neues, aber — Wasser allein thut's freilich nicht! Alle derartigen Behandlungsmethoden werden erst dann unsinnig, um nicht zu sagen gemeingefährlich, wenn sie zum System erhoben werden, zur Kur von bestimmten Krankheiten nicht nur, sondern zur Panacée. Das Interessante daran ist, dass gelegentliche indicirte Anempfehlung von hydrotherapeutischer Behandlung von Seiten eines Arztes meistens mit ungläubigem Achselzucken aufgenommen wird, während der geheimnissvolle Zauber einer „unfehlbaren Kur“, besonders wenn sie eben „en vogue“ ist, seine Wirkung niemals auf das Publikum verfehlt, mag auch noch so Unsinniges verlangt werden oder der Erfolg noch so nachtheilig sein.

Die Nervenärzte und Leiter von sogenannten Nervenheilanstalten und Wasserkuranstalten, in denen gar viele der „Kneipp'schen“ Regeln durchgeführt werden, nur mit dem Unterschiede, dass individualisirt wird und eine vernünftige Indicationsstellung stattfindet, halten den Monsignore Kneipp und seine Kur hoch in Ehren, denn eine grosse Anzahl von

Neurasthenikern kommen durch die „Kur“ so herunter, dass sie froh sind, mit einem halbjährigen Aufenthalt in einer Anstalt unter Leitung eines vernünftigen Arztes nur einigermassen wieder auf den Damm zu kommen.

Bei der Beurteilung der Frage, wodurch es möglich wurde, dass eine solche Kur eine derartig enorme Verbreitung finden konnte, erscheint es müssig, den Grund in der Persönlichkeit des Gründers derselben zu suchen. Dieselbe kann man völlig aus dem Spiele lassen. Das Einnehmen für Ungebildete liegt einfach in dem sicheren Versprechen der Heilung irgend einer Krankheit und gerade das, was den Arzt selbst beim Publikum zum Schwindler stempeln würde, erhebt den Volksheilkünstler zum Halbgott der Massen.

Alle diese Erwägungen sind bekannt. Von einigem Interesse jedoch mögen einige Proben aus einem der Kneipp'schen Bücher, genannt „Mein Testament“ sein, um einen Eindruck zu gewinnen von den leitenden Grundideen.

Die Vorgänge bei der Lungenentzündung sind folgende:

„Gerade so geht es bei der Lunge. In dieser können sich Krankheitsstoffe bilden wie in den übrigen Körpertheilen. Diese Krankheitsstoffe entzünden sich, und dadurch kann ein Ausschlag auf der Lunge entstehen, ähnlich wie der Hautausschlag oder wie der Rothlauf. So eine Lungenentzündung kann unten oder oben an der Lunge, in der Mitte oder an einer anderen Stelle derselben entstehen. Die Hitze vermehrt sich, und da mit ihr auch die Anschwellung zunimmt, so tritt eine Verengung in der Brust ein. In Folge der Verengung kann die Luft nicht mehr so leicht eingeathmet und die verbrauchte Luft auch nicht mehr so leicht ausgeathmet werden. In Folge dessen bilden sich wieder Stockungen, so dass schliesslich die Verengung derart zunimmt, dass die Luft nur noch mit Gewalt, d. h. durch Husten ausgestossen werden kann.“

Die pathologischen Zustände bei den Herzfehlern und deren Behandlung sind folgende:

„Will man einen Herzkranken heilen, so muss man zu allererst in's Auge fassen, dass zu viel Blut im Herzen und in dessen Nachbarschaft sich befindet, weil das Herz mit seinem schwachen Schlag das Blut nicht mehr in alle Körpertheile zu leiten vermag. Desshalb ist auch bei diesen Krankheiten

in der Herzgegend eine erhöhte Wärme bemerkbar; dieser Wärme strömt dann das Blut noch mehr zu, so dass sich fast alles Blut beim Herzen sammelt. Zum Beweis, dass meine Ansicht richtig ist, weise ich darauf hin, dass solche Kranke in der Regel kalte Füsse und kalte Hände, dagegen eine grosse Hitze in der Herzgegend haben. Die Füsse sind gewöhnlich ganz abgemagert; ihre Muskulatur ist fast zur Hälfte geschwunden, und selten kann man an ihnen eine Ader gewahr werden. Dieses sind mir immer die sichersten Zeichen, dass ein Herzleiden vorhanden ist, und diese Anzeichen müssen auch bei der Heilung am allermeisten in's Auge gefasst und berücksichtigt werden. Man muss das Blut wieder in die Füsse und in die Hände zu leiten suchen. Wird das Blut nach allen Richtungen gleichmässig vertheilt, und bleibt es in guter Zirkulation, so wird auf diese Weise auch die Thätigkeit des Herzens unterstützt; es tritt ein regelmässiger Pulsschlag ein, und dem Herzen wird seine Aufgabe, das Blut zu vertheilen, wesentlich erleichtert. Der schwere Athem lässt nach, der Kranke bekommt einen besseren Humor, die Eingenommenheit des Kopfes vergeht, kurz, der Patient sagt: „Ich fühle mich bedeutend leichter.“ “

Es erscheint nicht auffallend, dass bei der Durchführung solcher Anschauungen im Grossen, Verhältnisse eintreten müssen, welche die Schliessung der Kinderheilstätte in Wörrishofen von Staatswegen nöthig machten, wie dies, wenn wir uns recht erinnern, vor einem Jahre etwa geschah.

Das Bedauerlichste an der Sache ist, dass sich genug Aerzte finden, die solche Anschauungen mit ihrem Approbationsschein und Doktordiplom vertreten und zu den ihrigen machen.

(Zur Zeit sollen sich etwa 12 Aerzte in Wörrishofen als Gehilfen Kneipps befinden.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse.—Montag, 2. Dezember 1895.—Präsident: Dr. Willy Meyer.

(Fortsetzung und Schluss.)

In das Aufnahmekomitee wurden die fünf Herren auf dem Stimmzettel gewählt: Dr. M. Einhorn, Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. C. Heitzmann, Dr. F. Lange, Dr. L. Weber.

4. ABSTIMMUNG UEBER DEN ZUM MITGLIED VORGESCHLAGENEN KANDIDATEN.

Präs. Dr. Willy Meyer theilte mit, dass Dr. Ernst Schottky gewählt worden ist.

5. Vortrag des Dr. W. Hirsch: Ueber das Delirium.

DISKUSSION.

Dr. B. Sachs: Meine Herren! Der Vortrag des Dr. Hirsch, der in sehr gewandter Weise vieles Bekannte und manches Unbekannte uns vorgeführt hat, eignet sich eigentlich nicht zur Diskussion. Ich komme aber gern der Aufforderung des Vorsitzenden nach, um nur einiges auszudrücken, was mir während des Vortrages auffiel. Hauptsächlich waren es die Bemerkungen, die Dr. Hirsch im Eingang seines Vortrages machte, die mich am meisten interessirten. Ich finde, dass der Vortragende das Delirium üebrhaupt viel zu sehr als einfachen Inanitionszustand darstellt. Es gibt eine grosse Anzahl, und vielleicht die meisten Delirien, die als Inanitionsdelirien aufzufassen sind. Wenn Dr. Hirsch Inanition und Gehirnanämie nicht als gleichwerthig hinstellen will, so kann man, glaube ich, kaum die Inanition als alleinige Ursache der Delirien aufrecht erhalten. Ich möchte nur daran erinnern, dass Delirien bei Zuständen vorkommen, in denen von Inanition überhaupt nicht die Rede ist oder nur in untergeordneter Weise die Rede sein kann. So kommt das Delirium, und ich muss darin mit dem Vortragenden differien, durchaus nicht nur in dem Kollapszustand bei Fieber vor, sondern die Delirien, die bei Fieber beobachtet werden, werden gerade ebenso häufig auf der Höhe des Fiebers beobachtet und zur Zeit, wo der allgemeine Zustand des Patienten noch sehr kräftig ist. Ausserdem kommen die Delirien gerade nach ganz leichten septischen Zuständen vor. So sieht man, wie die Herren Chirurgen wohl zugeben werden, nach chirurgischen Operationen, bei denen es sich um ganz leichte Fieber handelt, innerhalb der ersten 2 bis 5 Tage leichte Deliriumszustände auftreten, und zwar zu einer Zeit, wo von Inanition gar nicht

die Rede sein kann. Dann hab ich das gerade beobachtet in Fällen, in denen von grossem Blutverlust auch nicht die Rede sein konnte. Es kommt nach purpuralen Zuständen in den ersten Tagen vor, wo es sich vielleicht um eine ganz leichte Sepsis handelt.

Ich hoffte, dass Dr. Hirsch uns eine etwas eingehende psychologische Erklärung geben werde. Es scheint, dass man mit der Erklärung, dass es sich um eine Entfernung der Hemmung handelt, doch noch nicht sehr weit reicht, und dass man schliesslich doch noch einen Schritt weitergehen kann, indem als Lockerung, und zwar akute Lockerung des Associationsmechanismus auffassen muss. Mir scheint, wenn man Delirium in Zukunft behandeln will, soll man der psychologischen und psychopathologischen Gesichtspunkt besonders berücksichtigen.

Dr. C. Heitzmann: Wenn ich das Wort ergreife, so thue ich es nicht als Psychologe oder Psychiater, sondern durchaus vom Standpunkt der pathologischen Anatomie. Auch ich war überrascht, die Definition zu hören, dass Delirium auf Inanition des Gehirns beruht. Ich glaube, das ist wohl original; ich erinnere mich nie etwas Aehnliches gehört zu haben. Ich schliesse mich also den Bedenken, die Dr. Sachs ausgesprochen hat, unbedingt an, da die Definition mit den Thatsachen durchaus nicht stimmt. Ich habe Dr. Hirsch schon einmal im persönlichen Gespräch mitgetheilt, dass das Wort Psychiater ganz falsch sei und dass sich die Herren täuschen, wenn sie sich so nennen. Ich hatte vor mehreren Jahren Gelegenheit, einige Nervenärzte im Laboratorium zu haben, und bin in die Lage gekommen, Gehirnstücke vom frontalen Theil von Paranoikern und Delirianten zu erhalten und habe sie studirt. Ich muss gestehen, dass mir die schönen Worte der heutigen Kliniker nicht imponiren. Ich möchte doch die Herren bitten, einmal der pathologischen Anatomie dieser Psychosen etwas mehr Aufmerksamkeit zu schenken, als sie allesammt bisher gethan haben. Was ich unter dem Mikroskop gesehen habe, was ich demonstiren kann, hat mich in die Lage versetzt, zu erkennen, was eigentlich Delirium, was Paranoia ist. Wenn Dr. Sachs sagt, das Associationssystem sei die Stelle der Erkrankung im Delirium, so gilt das, denke ich, für Paranoia, aber nicht für Delirium. In Delirium ist keine Inanition, sondern gerade das Gegentheil, eine vermehrte Thätigkeit der Gehirnrinde vorhanden. Sich über die Hyperaemie des Gehirns bei Delirium mit einigen Worten hinauszusetzen, wie Dr. Hirsch gethan, ist nicht statthaft, da diese Erscheinung jedesmal vorhanden ist. Freilich, wenn ich wieder mit meiner alten Theorie komme, dass das Hirngrau reines Protoplasma sei, so wollen die Herren Psychiater nichts davon wissen. Und doch ist es Thatsache, dass wir hier ein ausserordentlich zartes Netz der lebenden Materie vor uns haben, Hirngrau im allgemeinen, wie in den Ganglienelementen. Nach meiner Ansicht ist bei Delirium auf die vermehrte Contraction der lebenden Materie das Hauptgewicht zu legen, wie überhaupt bei Bewegung innerhalb der Gewebe und der Muskeln. Wenn wir nun diesen Bau vor Augen haben und sehen, dass das Netz bei Delirium zugenommen hat an Masse, an Klarheit, wo ist da Inanition?

Da ist ein Plus von Ernährung vorhanden, vermehrte Contraction, daher diese rapide, regellose, nach einander sich überstürzende Association der inneren Sinneseindrücke. Ich kann nur sagen, ich bin heute in der Lage, wenn Sie mir ein Stück Gehirn richtig präparirt unter das Mikroskop legen, Ihnen zu sagen: Hier war Delirium vorhanden. Ich glaube, ich täusche mich nicht, wenn ich behaupte, dass hier die Zukunft der Nervenpathologie liegt. Pathologische Anatomie müssen Sie treiben! Für mich ist klar, dass die mikroskopische Anatomie des Gehirns noch dahin kommen wird, dass wir aus der Untersuchung unter dem Mikroskop werden sagen können, welches Leiden oder, wie die Herren sagen, welche Psychose während des Lebens vorhanden war.

Dr. Stieglitz: Obwohl ich überzeugt bin, dass in ähnlichen Fällen, wie sie Dr. Hirsch aufgeführt hat, Delirium auf Basis einer Inanition vorkommt, so lässt sich, glaube ich, doch nicht leugnen, dass dasselbe in vielen Fällen auch als einfache Vergiftungserscheinung betrachtet werden muss. Wir sehen diese Delirien auftauchen nach akuter Vergiftung mit Substanzen wie Atropin, Opium, u. s. w. bei Personen, die absolut gar keine Zeichen von Ernährungsstörung bieten. Wir sehen auch bei dem gewöhnlichen Delirium bei Fieberanfällen, z. B. bei Diphtheritis, dass die Kranken oft nur auf der Höhe des Fiebers zu einer bestimmten Stunde des Tages deliriren, zu der sie am meisten unter dem Einfluss des spezifischen Giftes der Erkrankung stehen, und dass diese Delirien verschwinden, sobald das Fieber heruntergeht. So vollkommen der Vortragende das Gebiet auch behandelt hat, so vermisse ich doch eine Erwähnung des Vorkommens von Delirium, und zwar akuten Deliriums, bei chronischen Vergiftungskrankheiten, namentlich bei Syphilis. Akutes Delirium kommt durchaus nicht selten vor bei Syphilis, sowohl im sekundären wie im tertiaeren Stadium. Es sind besonders Franzosen gewesen, die diesen Zustand von Delirium bei Syphilis beschrieben haben. Es ist dies wichtig zu wissen, weil bei diesem Delirium der Syphilis eine spezifische Behandlung auch den Zustand der Psyche beeinflusst und viel rascher eine Heilung herbeiführt, als irgend eine andere.

Dr. Caillé: In dem Vortrag über das „Delirium" ist mir auch die Aesserung aufgefallen, dass alle akute Delirien einen Erschöpfungszustand darstellen sollen. Ich würde nicht nochmals darauf zurückkommen, nachdem die Herren vor mir gesprochen haben, aber die Sache hat eine grosse praktische Bedeutung. Es ist sicherlich wahr, dass Delirium als Terminal-Symptom einen vollkommenen Erschöpfungszustand darstellt, wie bei Cholera und vielen anderen Krankheiten. Aber wenn man Delirien beobachtet, die bei Tonsillitis vorkommen, dann bei Diphtherie, ehe man sie klinisch nachweisen kann, bei Scharlach und speziell bei Pneumonie, ehe sich irgend etwas Positives in der Lunge nachweisen lässt, und wenn man beobachtet, mit welcher Heftigkeit das Herz schlägt, und wie die Circulation rege ist, so kommt man nicht zu dem Eindruck, dass es sich um einen Erschöpfungszustand handelt. Diese Zustände sollten sicherlich aus einander gehalten werden. Es ist

das von praktischer Bedeutung in Bezug auf die Behandlung. Wenn man bei Inanitionsdelirien in Terminalstadien der Krankheiten Strychnin, Kampfer, oder sonst herzstimulirende Mittel anwendet, so thut man das mit Recht, wenn man aber bei Initialdelirien dieselben Mittel anwenden wollte, so würde man wohl die Erfahrung machen, dass die Gehirnsymptome und Delirien speziell durch solche energische stimulirende Behandlung einfach verschlimmert werden.

Dr. A. Rose: Ich habe den Vortrag nicht ganz verfolgen können, weil ich manchmal unterbrochen wurde, und weiss daher nicht, ob Dr. Hirsch die Delirien infolge Einwirkung grosser Kälte erwähnt hat. Ich habe das in einer lateinisch geschriebenen Abhandlung eines Arztes gelesen, die ich in einer Bibliothek gefunden hatte. Es wurden darin die Krankheitserscheinungen der grossen Armee Napoleons in Russland beschrieben. Da handelte es sich namentlich um Delirien infolge von Kälte und Hunger zusammen. In vielen Fällen war aber auch Inanition ausgeschlossen, namentlich bei Offizieren, die gut genährt waren, und bei denen die Kälte allein Einfluss haben konnte. Ich bin nicht vorbereitet, auf diesen Fall einzugehen, möchte aber auf diese Dissertation hinweisen.

Dr. Brettauer: Ich möchte mir nicht herausnehmen, den Vortrag zu diskutiren, derselbe bringt mir aber einen Fall in Erinnerung, den ich vor ca. 1½ Jahren gesehen habe und der zeigt, wie schwer es oft für Sachverständige ist, die richtige Diagnose zu machen. Ich wurde von einem sehr bekanntem Psychiater gerufen, den Fall einer jungen Frau zu sehen, einige Tage nach der Entbindung. Sie hatte ganz leichtes Fieber, 100, 100½, 101 Grad und delirirte dabei ziemlich heftig. Der Arzt sagte, es handelte sich um eine puerpurale Infektion, und der Fall gehöre nicht in seine Spezialität; ich möge also den Fall übernehmen. Ich zweifelte anfangs an der Richtigkeit seiner Annahme; der Fall machte auf mich nicht den Eindruck einer puerperalen septischen Infektion. Trotzdem übernahm ich den Fall. Ich wusch den Uterus aus und ging mit dem Finger hinein, fand aber nichts darin, als eine einfache Verhaltung von Sekreten. Am folgenden Tage hatte die Frau normale Temperatur. Dabei waren die Delirien unverändert, und nach 14 Tagen entwickelte sich eine typische puerpurale Manie, von der die Frau 4 Monate später genesen ist.

Dr. F. Lange: Ich habe mir die Frage vorgelegt, worunter man nach Massgabe dieses Vortrages das zu rubriziren hätte, was man in der Regel als chirurgische Manie bezeichnet, den maniakalischen Zustand von Patienten, die chirurgischen Eingriffen ausgesetzt waren, welche sehr häufig mit dem Zustand des Deliriums verbunden sind. Bei diesen Zuständen, habe ich beobachtet, hat der Kranke keine Erinnerung von dem, was er gethan hat, und man müsste sie nach dem Vortrage des Dr. Hirsch zu den Delirien rechnen; sie zeigen sich aber doch in der Regel als chirurgische Manien. Wir haben oft mit Deliranten zu thun nach Anwendung von Iodoform.

Die Leute erinnern sich auch nicht, was mit ihnen vorgegangen ist,

müssten also nach dem, was Dr. Hirsch sagt, zu den Deliranten zu rechnen sein. Es sind wohl Intoxicationszustände, die übrigens nicht immer mit Inanitionszuständen etwas zu thun haben brauchen, wohl aber zusammenfallen können und sich nicht selten bei Leuten einstellen, die durch besondere Schwächezustände und namentlich durch vorhergegangene Schwächezustände im Gebiet des Nervensystems dazu prädisponirt waren. Bei Leuten, die früher psychisch affizirt gewesen sind, muss man ausserordentlich vorsichtig sein. Ich erinnere mich ganz besonders eines Patienten, der eine schwere chirurgische Operation durchgemacht hatte, eine Nierenexstirpation, bei dem von einer Jodoformintoxikation nicht die Rede sein konnte und der in einem fürchterlichen maniakalischen Zustand verfiel. Das dauerte 14 Tage lang. Er delirirte fortwährend. Er schwätzte das dümmste Zeug. Er hatte nicht die geringste Erinnerung von dem, was vorgegangen war. Er hatte einen besonderen Hass gegen mich, und da er Fleischer war, nannte er mich einen stinkigen Knochen.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ich möchte noch auf eins aufmerksam machen, dass sich nach Lumbarschnitten häufig maniakalische Anfälle bei älteren Leuten gefunden haben, wo Jodoformintoxikation mit Sicherhe itausgeschlossen werden musste.

Dr. W. Hirsch: (Schlusswort.) Die Hauptdifferenz zwischen den Herren, die sich an der Diskussion betheiligt haben, und mir, bildet der Punkt der Inanition. Ich habe zu Anfang meines Vortrages erwähnt, dass man den Begriff des Deliriums in einer Weise ausgedehnt hat, dass man alle psychopathischen Krankheitssymptome als Delirium bezeichnet hat. Ich habe es mir daher zur Aufgabe gestellt, eine ganz bestimmte Zustandsform abzugrenzen und habe auch mit besonderem Bezug auf Fieberkrankheiten gesagt, dass es mit Rücksicht auf therapeutische Massnahmen unzweckmässig sei, alle psychopathischen Symptome während der Fieberkrankheiten als Delirium zu bezeichnen. Nur wenn man letzteres thut, wenn man jedes psychische Krankheitssymptom der Fieberkranken Delirium nennt, nur dann kann man zu dem Schluss gelangen, dass ein Delirium auch gerade dort stattfindet, wo von einer Inanition keine Rede sein kann. Ich habe ausdrücklich gesagt: Es kommen bei Fieberkrankheiten Reizerscheinungen der psychomotorischen und psychosensorischen Sphäre vor, welche gerade auf eine Hyperaction hindeuten. Aber nach der Definition, die ich gegeben habe, kann ein Delirium immer nur infolge von Ausfallerscheiungen zustande kommen. Das, was Dr. Sachs eine Störung in der Association genannt hat, womit ich übrigens vollkommen übereinstimme, habe ich als Ausfallerscheinung bezeichnet. Es hat übrigens ein moderner Psychiater, welcher ebenfalls die Unzweckmässigkeit des weitgehenden Begriffs Delirium eingesehen hat, in seinem kürzlich erschienen Lehrbuch vorgeschlagen, das Wort Delirium vollständig fallen zu lassen und statt dessen primäre Inkoherenz zu setzen. Schon in der Bezeichnung Inkoherenz liegt der Begriff des Ausfalls, des Minus. Dr. Caillé machte

darauf aufmerksam, dass eine Unterscheidung der Inanitionsdelirien von anderen Delirien nothwendig sei in Bezug auf therapeutische Massnahmen. Ich stimme vollständig mit ihm üebrein, nur habe ich den Begriff Delirium auf diesen Inanitionszustand beschränkt, während er den Begriff auf alle psychopathischen Zustände anwendet.

Die Bemerkung des Dr. Stieglitz betreffend Syphilis in Beziehung zur Hervorrufung von Delirien ist vollständig meinen Anschauungen entsprechend. Ich habe die Syphilis nicht besonders erwähnt, weil ich sie unter die organischen Gehirnkrankheiten gerechnet habe.

Dr. Lange scheint meine Definition des Deliriums nur auf die nachher bestehende Amnesie beziehen zu wollen. Meine Definition ist aber umfassender gewesen. Die nachher folgende Amnesie bildet nur einen Theil der nothwendigen Symptome. Wenn jemand sich nicht erinnern kann, so ist das noch kein Beweis für Delirium.

Nun zu Dr. Heitzmann, welcher der Psychiatrie soviel Sympathie entgegenbringt. Ich bin den Erörterungen Dr. Heitzmann's mit Interesse gefolgt. Er hat uns mitgetheilt, dass er, wenn er durch das Mikroskop sieht, ganz genau weiss, was Paranoia ist, was Delirium. Dr. Heitzmann hat gesagt: Ein kleines Stück graue Hirnrinde genügt, um zu entscheiden, ob ein Mann Delirium gehabt hat oder nicht. Ich glaube wir können uns gratuliren, Dr. Heitzmann in unserer Mitte zu haben, denn eine solche Entdeckung dürfen wir wohl mit Recht als die bedeutendste des Jahrhunderts bezeichnen, und zwar nicht nur für die Psychiatrie, sondern für die gesammte Medizin. Mit grösster Spannung und freudiger Erwartung sehen wir den diesbezüglichen Veröffentlichungen Dr. Heitzmann's entgegen.

6. Ueberreichung von Diplomen.

Schluss und Vertagung.

---

17 West 43. Strasse. — Montag, den 6. Januar 1896.
Präsident: Dr. Willy Meyer,

1. Vorstellung von Patienten.

Demonstration von Präparaten.

a. Dr. F. Schwyzer: Eine Anzahl Praparate zur Illustration von Krankheiten des Mediastinums.

Ich möchte Ihnen einige Präparate vorzeigen, welche zum Theil aus dem Sectionsmaterial des deutschen Hospitals stammen und die so ausgewählt sind, dass sie einen Ueberblick über die häufigeren Krankheiten des Mediastinums gewähren.

Wir müssen unterscheiden zwischen Krankheiten des bindegewebigen Lachses, den man Mediastinum nennt, und Erkrankungen der Organe des Mediastinalraums. Zu den ersteren gehören die eiterigen Entzündungen, wie sie hie und da z. B. nach Trachesotomien vorkommen, oder in Folge Perforation eines Oesophaguskrebses oder dergleichen; ferner die chronisch fibröse (schwielige) Mediastinopericarditis

(Kussmaul); ferner die chronischen Entzündungsvorgänge tuberculöser oder luctischer Natur, welche zur Bildung der specifischen Granulationsgeschwülste führen können. Auch Lenkungsabscesse sind nicht sehr selten. Die Erkrankungen der Organe des Mediastinalraumes sind für die klinische Diagnostik von grosser Wichtigkeit. Ich will nur einige erwähnen: Aostenaneurysmen, Tumoren und Abscesse der Thymus, der Lymphdrüsen, aborirter Thyreoideae, Neoplasmen und infectiöse Granulationsgeschwülste von Trachea, Bronchi, Oesophagus etc., dann Divertikel der Speiseröhre, Geschwülste des Ductus Thoracicus u. s. w.

Die Diagnostik der Mediastinalerkrankungen stützt sich in erster Linie auf Percussion und Auscultation, sodann auf die Symptome der Compression der Mediastinalorgane, der Luftwege, der Blut- und Lymphgefässe, der Nerven, speciell des Recurrens auf allfällige Verlagerung des Herzens etc., auf Symptome von Seiten des Sternums oder der Wirbelsäule etc.

Zunächst zeige ich Ihnen zwei Präparate, welche sehr ähnliche Symptome machten und doch zwei total verschiedene Krankheitsprocesse darstellen. Beide Patienten boten in Vivo Zeichen von Oedem und Stauung im Gebiet der oberen Hohlvene, also im Kopf, Hals und Armen.

Fall I. ist ein Mediastinaltumor. Derselbe stammt von einem 35-jährigen Manne, welcher einige Monate krank gewesn war und noch wenige Wochefin vor seinem Tode eine schwere Unterlappenpneumonie links überstanden hatte. Er zeigte mässige Cyanose der oberen Körperhälfte und starkes Oedem daselbst. Das Herz war stark links verschoben, Spitze in der linken Axillarlinie und auf VIII. Rippe. Der ganze Mediastinum ist mit weicher Tumormasse ausgefüllt, ebenso die linke Fosseraxillaris und Ingularis. Das Rundzellsarcom war in Lunge und Pulcard hineingewachsen und hatte Herzgefässe zum Theil comprimirt. Der Ausgangsherd des Sarcoms ist nicht mehr festzustellen, doch ist es der Form nach eher ein Lymphosarcoma thymiscum, während Lymphdrüsensarcome mehr gelappt sind.

Fall II. wurde mit Recht als Mediastinaltumor angesehen, Oedem und Cyanose der oberen Körperhälfte, Recurrenslähmung. Die Section ergab ein Aneurysmen der Aeste, mit Durchbruch in die Vene cave superior. Ich habe das Präparat vor einigen Wochen an anderem Orte vorgestellt und zeige es hier nur Vollständigkeit halber.

Fall III. Der Patient, von welchem dieses Präparat stammt, bot eine so interessante Leidensgeschichte dar, dass ich Ihnen einige Daten daraus hrvorheben möchte. Vor zwei Jahren fing Patient über Dysperloe und Schmerz über den linken Clavicular zu klagen. Er consultirte viele Aerzte, bis schliesslich Dr. Adler die Diagnose „Gumma des Mediastinums und der Foner supraclavicularis sin." stellte. Er zeigte damals über dem oberen Thelle des Sternums Dämpfung und oberhalb der linken Clavicula eine Verwölbung. Eine Schmiercur hatte günstigen Effekt — der Patient konnte die Reise nach Aachen wagen.

Später ging Patient zu Gerhard, welcher die Diagnose einer syphilitischen Stenose der Luftwege bestätigte. Die Gummata links über dem Oberlappen der Lunge waren verschwunden. Gerhard schickte den Kranken zu Seifert nach Würzburg, welcher einen ziemlich genauen Lungenstatus in der „Münch. Med. W. S.," No. 31,1895, veröffentlichte.

Seifert diagnosticirte Narbenstenose der Trachear an der Bifurcation — die Dämpfung im vorderen Mediastinum war fast ganz verschwunden — ein Aostenaneurysma schloss er mit Bestimmtheit aus. Er bougirte auch direct mittelst Otoskop und Sonde und konnte die Aostentöne eigenthümlich klingend hören — auch dadurch schloss er mit absoluter Sicherheit ein Aneurysma aus. Auch Matterstock fand kein Aneurysma. Fast ein Jahr lang fühlte sich Patient erträglich wohl, er liess sich schmieren und genoss Jodkali. Im Herbst 1895 wurde hier drüben wieder bougirt. Im November bekam er mehrere Erstickungsanfälle — einmal während des Bougirens — dann starb er nachdem er einige Tage gefiebert und eiterige Massen ausgehustet hatte. Wir wollen nun sehen, wie die anatomische und klinische Diagnose stimmen — Herr Dr. Ehrmann wird vielleicht die Güte haben, über die letzten Wochen des Patienten zu berichten.

Die Hauptpunkte des anatomischen Befundes sind: Gumma an der vorderen Wand der Trachea, nahe der Bifurcation, mit rubumcösum Abscess und Durchbruch der Trachealwandung. Kleineres Gumma unten an der Bifurcation. Beinahe completer Durchbruch des grossen Gummas in das Aostenaucurysma. — Endlich ist zu erwähnen, dass die Pleurablätter über dem linken Oberlappen sehr verdreht und theilweise verwachsen waren.

Die Erstickungsanfälle der letzten Lebnestage waren sicher auf Rechnung des subumcösen Abscesses zu setzen, der sich entleerte und wieder füllte.

Das Aucurysma kann durch syphilitische Läsion der Media entstanden sein — ich möchte aber eher das folgende annehmen: Vor der antileptischen Behandlung war das Mediastinum mit einigen grösseren Gummata gefüllt, der Arcus Aostae von denselben umgeben. Dieselben wuchsen an Trachea, Rippen, Clavicular etc. fest und können bei der Heilung einen Zug auf die Aosta ansgeübt haben — also ein Aucurysma per tractionem.

Der Mann war unrettbar verloren — weder Mercur noch Localbehandlung hätten in den letzten Monaten dem Verhängniss Einhalt geboten — wir können Collegen Ehrmann nur gratuliren, dass der Durchbruch des Aucurysmas nicht während des Sondirens erfolgt ist.

Stöcklin hat im „A. f. kl. Med.," Band 55, 1895, einen ähnlichen Fall beschrieben. Ein 17-jähriges hered. huct. Mädchen starb nach längeren Dysperoial-Erscheinungen an einer Lungenhermorrhagie — ein Gumma hatte die Vena anonyma sine eröffnet und war in die Trachea durchgebrochen. Die Trachealwand war geschwürig zerfallen, die Bronchialdrüse gross und zum Theil verklärt. Gummata fanden sich auch in Leber, Nieren und Milz.

Dühle (A. f. kl. Med., 55, p. 190) Sysch. und Aneurysa: staahl. Narben der Aosta — Ausbruch derselben in Folge Dissus luct. oder gummösen Processe dr Media.

Fall IV. Lipomatöse Geschwulst des vorderen Mediastinums.

Er stammt von einem Patient, der an einem Herzfehler im deutschen Hospital zu Grunde ging.

Die Section ergab Mitralinsufficienz mit Stauungserscheinungen und Oedemen und eigenthümlich gelappten Tumor, der mikroskopisch nur aus Fettgewebe besteht im vorderen Mediastinum, daneben zeigte die Leber luetische Veränderungen. Ein klinisches Interesse hätte der Fall nur, wenn die Fettgeschwulst grösser wäre, doch ist die Form derselben merkwürdig. Athmung und Herzaction scheinen zusammen gewirkt zu haben, um diese Hahnenkammartigen Gebilde zu schaffen.

Fall V. Endlich ist es mir durch die Güte von Herrn W. Meyer noch möglich, Ihnen eine Dermoidcyste aus dem vorderen Mediastinum zu zeigen, welche er vor Kurzem exstirpirt hat. Teratome in dieser Gegend sind sehr selten — Joreshat in Virchow's Arch. 123, p. 66, 1893, eine grosse Dermoidcyste gleicher Localisation beschrieben, welche theilweise sarcomatös degenerirt war. Er erwähnt noch fünf ähnliche Fälle. Auch Lebert (Handb. f. Med., 2, p. 140, 1859) beschreibt einen ähnlichen Fall.

Mikroskopisch ist unsere Cyste ein gewöhnlicher Dermoid — spährliche Epidermis veste, keine Drüsen, Haare. —

Wilms, A. f. kl. Med., 55, hat 16 Fälle von Tumoren der Brust gesammelt. Zwei davon waren eigentlich Teratome, 14 Dermoidcysten. Die Entstehung der Dermoidysten an dieser Stelle kann durch die embryologischen Vorgänge erklärt werden.

b. Dr. H. Knapp: Cavernöse Gefässgeschwulst der Orbita, entfernt mit Erhaltung des Augapfels und guter Sehkraft.

Die Geschichte des Falles ist einfach folgende: Ein Mann von ungefähr 34 Jahren hatte vor elf Jahren zum ersten Mal bemerkt, dass er einen Exophthalmus bekam. Dieser wuchs anfangs sehr langsam, aber in den letzten vier Jahren schneller. Das Auge war bedeutend vorgetreten. Palpation negativ. Der Exophthalmus war das Einzige, was überhaupt eine Geschwulst hinter dem Augapfel oder irgend etwas Drückendes nothwendig erscheinen liess. Der Kranke hatte übrigens venöse Retinalhyperaemie mit Stauungspapille und leichte Chorvocteals atrophie. Dass eine Geschwulst im Muskeltrichter vorliegen müsse, ging daraus hervor, dass der Augapfel gerade nach vorn getrieben wurde und keine Beweglichkeitsbeschränkung vorhanden war. Ich dachte natürlich zunächst an eine Sehnervgeschwulst, und mit dieser Wahrscheinlichkeitsdiagnose ging ich an die Operation, und es lag mir daran, den Augapfel zu erhalten. Da die Diagnose nicht vollständig sicher war, ging ich vorsichtig zu Werke, um möglicherweise auch den Sehnerv zu erhalten, im Fall eine andere Geschwulst im Muskeltrichter vorhanden war. Als der Kranke ätherisirt war, und ich tiefer mit meinen Fingern eindringen konnte, glaubte ich eine Geschwulst an

der inneren oberen Seite der Orbita zu fühlen. Ich lösste desshalb den Rectus intermus ab, fixirte ihn mit zwei Schlingen, um ihn leicht wieder vorzunähen zu können, liess ihn zur Seite ziehn und drang zwischen Muskeln und Augapfel in die Tiefe. Von Fett überlagert, zeigte sich sehr bald eine bläuliche Geschwulst. Sie war weich und abgekapselt. Es war mir dann vollkommen klar, dass es sich um ein Cavernom handelte. Dasselbe löste ich theils mit der Schere, theils mit einem leicht gekrümmten Handmeissel nach allen Seiten von ihrer Umgebung, wobei ich den Sehnerv zu erhalten suchte, was mir auch gelang. Die Gschwulst kam uneröffnet heraus. Darauf nähte ich den Muskel wieder an die Selera an. Das Auge hatte normale Stellung und Beweglichkeit. Der Patient hatte keine Schmerzen. Die Wunde heilte per primam. Ich will noch erwähnen, dass der Kranke nicht doppelt sah. Um dies zu verhindern, liess ich während der Operation die Sehne des Obliquus superior, die sich quer über die Geschwulst hinspannte, durch einen Haken zur Seite ziehen, und brachte auf diese Weise die Geschwulst schön heraus, ohne die Sehne zu verletzen. Mit meinem Haken zog ich dann den Sehnerv nach vorn, und als ich sah. dass derselbe vollständig gesund war, beschloss die Operation in oben angegebener Weise. Der Patient ging nach zwei Wochen geheilt nach Hause. Die Augenbewegungen waren vollkommen normal, und sein Sehvermögen, das bis auf drei Fuss herab gesunken war, war bedeutend gebessert.

Die Geschwulst können Sie hier sehen. Sie hat eine fibröse Kapsel, ein Balkengewebe, das von der Kapsel ausgeht, und eine grosse Masse von Hohlräumen, die prall mit Blut angefüllt waren. Das Balkengewebe selbst bestand aus Fasergewebe, aber es ist mir nicht möglich gewesen, ein Endothel an der Innenwand der Hohlräume sicher nachzuweisen. Von den cavornösen Blutgeschwulsten, die in der Orbita gefunden worden sind, wird zum Theil angegeben, dass sie Endothel besitzen, und zum Theil nicht. Es sind überhaupt noch wenig derartige Geschwülste beschrieben; sie sitzen meist im Muskelrichter, und es scheint, dass diejenigen die gewöhnlichsten sind, welche, wie die vorliegende, den Muskeltrichten durchbrochen hatten.

Eine noch seltenere Geschwulst ist das Lymph-Angioma cavernosum. Einige Tage nachdem ich diesen Fall operirt, erhielt ich die Veröffentlichung eines Falles von Dr. S. Olyres von Cincinnati, der mikroskopisch das genaue Ebenbild meines Falles ist. Mikroskopisch zeigten sich die Hohlräume der Geschwulst aber mit Lymphkörperchen gefüllt, während dieselben in meinem Falle nur rothe Blutkörperchen enthielten.

Dr. H. J. Garriques: Beiderseitige Dermoidcyste entfernt von einer Schwangern.

Frau L. W., 26 Jahre alt, seit acht Monaten verheirathet, zum ersten Mal schwanger, wurde mir von einem Collegen mit der Diagnose Extrunterinschwangerschaft für elektrische Behandlung überwiesen. Ich bestätigte die Diagnose, schlug aber aus, Elektricität anzuwenden,

und schlug Operation vor. Patientin gab an, immer Schmerzen ein paar Tage vor und den ersten Tag während der Menstruation gehabt zu haben. Die letzte Menstruation fing am 3. Oktober an. Ich sah Patientin am 23. December. Seit dem Ausbleiben des Menstruation hatte Sie Schmerzen zuerst im Rücken, dann in beiden Fossae iliacae, und während der letzten Woche einen heftigeren Schmerz in der rechten Seite allein. Die Vaginal-Untersuchung zeigte eine Lila-Farbe, einen Uterus, der zur linken Seit verschobn war und nicht vergrössert erschien. Zur rechten Seite, vom Uterus durch eine Furche getrennt, lag eine Geschwulst, die einen Zoll über das Niveau des Umbilicus hinaufreichte und die ganze rechte Seite des Unterleibes einnahm. Sie war fluktuirend, etwas beweglich und enthielt Knochenmassen, die als das Beckenende eines Factus impornirten. Die gewöhnlichen Veränderungen waren an den Brüsten zu sehen.

Meine Diagnose war rechtsseitige Tubarschwangerschaft, wahrscheinlich einen Monat oder mehr vor der letzten Menstruation zurückgehend.

Die Operation — Laparotomie -- zeigte jedoch ein anderes Verhältniss. Der vergrösserte schwangere Uterus war theilweise von dem rechtsseitigen Tumor verdeckt, so nur ein kleiner Theil gefühlt worden war. Was für die Sitzbeinknorren genommen war, stellte sich heraus als zwei Knochenmassen in einr Dermoidcyste.

Das linke Ovarium, das wiederum hinter dem Uterus lag und sich der Untersuchung ganz entzogen hatte, besteht aus zwei Theilen, einer Dermoidcyste und einem grossen Corpsus luterum, in dessen Mitte eine mandelgrosse Cyste lag. Die rechtsseitige Geschwulst hatte das parietale Peritoneum vor sich hergetrieben, das eine Art von Ligament bildete, das höher hinaufging, als ich durch den bis zum Nabel reichenden Bauchschnitt sehen konnte.

abortirte Patientin. Der Foetus ging von selbst ab, das Orum lag

Beide Eeierstöcke wurden entfernt. Zwölf Tage nach der Operation in der Vagina, und wurde mit zwei Fingern herausgezogen. Nachdem Patientin ätherisirt war, entfernte ich mittelst der Curette die Decidua. Patientin befindet sich ausgezeichnet, und die Abdominalwunde ist per primam geheilt.

DISKUSSION VON PRAEPARATEN.

a. Präs. Dr. Willy Meyer bemerkt in Erwiderung einer Anfrage des Dr. F. Lange betreffs eines der von Dr. Schwyzer demonstirten Präparate das folgende: Der Patient, ein junger Mann von 28 Jahren, wurde im April dieses Jahres von Prof. Woelfler in Graz wegen einer Geschwulst in der rechten Supraclavicular-Gewebe operirt. Man glaubte, so erzählt Patient, einen weichen Tumor vor sich zu haben und war erstaunt, als man in einen Hohlraum kam, der mit Haaren gefüllt war. Haare und Balg liessen sich hinter das Eternum verfolgen. Anfänglich wurde nur nach oben abdrainirt; später nach Trepanation des Sterums ein Gegenöffnung unten gemacht. Es blieb eine Fistel. Patient litt

sehr, war arbeitsunfähig. So entschloss ich mich, weiter das Sternum zu trepaniren, und es gelang mir, glaube ich, die Cyste als Ganzes bloss zu legen und den Rest ihrer Wand zu entfernen. Es war an sich eine ausserordentlich interessante Operation. Ich kann versichern, dass deutlich zu sehen war, wie die Aorta umbiegend nach hinten in die Tiefe ging. In allen Furchen sassen Haare, 2 bis 3 Zoll lang, versteckt. Eine hintere Wand der Cyste konnte lich nicht entdecken. Sie wurde repräsentirt von den Gebilden, die normaler Weise im vorderen Mediastinum liegen. Es sieht übrigens aus, als sollte Patient jetzt vollkommen geheilt werden.

Dr. C. Heitzmann: Ich möchte Dr. Schwyzer fragen, ob der erste Fall von Sarcom im Deutschen Hospital klinisch beobachtet wurde?

(Dr. Schwyzer: Nein, das Sputum wurde nicht untersucht.)

Dr. C. Heitzmann: (Fortfahrend) Ich frage desshalb, weil es uns im Laufe von 20 Jahren gelungen ist, aus dem Sputum die Diagnose eines Lymphosarcoms der Lungen zu machen. Ich erwähne dieses, weil kürzlich darüber ein Vortrag gehalten wurde, den ich selbst nicht gehört habe, und auch ein Artikel in Virchow's Archiv erschienen ist, wonach derartige Tumoren der Lunge nur dann diagnosticirbar seien, wenn Gewebestücke ausgeworfen werden. Das mag für Carcinom gelten, aber nicht für Sarcom. Die Elemente eines Lymphosarcoms sind so charakteristisch, dass, wenn sie mobil geworden sind, und sich mit dem Bronchialauswurf vermengen, wir sie ziemlich leicht unter dem Mikroskop erkennen können. Vor 20 Jahren habe ich zum erten Mal Gelegenheit gehabt, diese Körper im Sputum zu finden. Ich erklärte, dass ein secundaris Lymphosarcom der Lungen vorhanden sei und der Patient ursprünglich wahrscheinlich auch ein Sarcom in der Lendengegend gehabt haben müsse, trotzdem der Operateur, Dr. Krakowitzer, die primäre Geschwulst als Carcinom diagnosticirt hatte. Die Postmortem-Untersuchung bestätigte meine Anschauung. Ein zweiter Fall kam mir vor zwei Jahren vor. Bei einem Deutschen, einem bedeutenden Manne, der lange Zeit an intensiven Schmerzen in der Lumbargegend gelitten hatte, wurde von einem unserer besten Neurologen eine Prognose gestellt, die ganz passabel war, und es wurde dem Manne gestattet, in einigen Monaten zur Frühjahrszeit nach Europa zu reisen. Ich bekam sein Sputum zur Untersuchung, sah sofort die Elemente des Lymphosarcoms und erklärte, dass augenscheinlich ein primäres Lymphosarcom im Rückenmark im hinteren Abschnitte vorhanden sein müsse. Der Patient starb wenige Wochen nach meiner Diagnose, bevor er nach Europa gehen konnte. Obduction wurde leider nicht gestattet. Mein Sohn hat im vorigen Jahre, während ich in Europa war, einen ähnlichen Fall von Lymphosarcom der Lungen aus der mikroskopischen Untersuchung des Sputums erkannt, wo er gleichfalls aus den kleinen eigenthümlich glänzenden Körpern die Diagnose machen konnte; auch dieser Kranke starb kurze Zeit nach der Untersuchung, nachdem der sarcomatös entartete Schilddrüsenkörper operativ entfernt worden war.

Dr. Ehrmann: Ich möchte über den dritten Fall einige Worte sagen. Ueber das klinische Bild kann Dr. Sachs besser berichten, denn soviel ich weiss, war er der erste, der den Tumor entdeckte. Der Fall kam im letzten April zu mir, als er kurz vorher von Würzburg zurückgekommen wa. Der Mann wurde damals von mir 30 Mal bougirt und ging daraufhin wieder nach Europa. Er fühlte sich ausgezeichnet. Der linke Unterlappen, der seiner Zeit nicht mehr arbeitete, arbeitete wieder vorzüglich. Die Art und Weise, wie der Patient bougirt wurde, geschah nach Angabe von Dr. Seifert zuerst mit einer ganz dünnen Sonde, die ich bis zu 51 cm. tief von den Schneidezähnen an einführen konnte. Dieselbe blieb 5 Minuten liegen, die zweite Sonde, die mittlere, wurde eingeführt bis 38 cm. und blieb auch 5 Minuten liegen, und die dickste Sonde, 12½ cm. im Durchmesser, wurde 32 cm. tief eingeführt und blieb 15 Minuten liegen. Nach meiner Beobachtung bestand damals die Bronchiostenose 32 cm. von den Schneidezähnen entfernt im Bronchus, und es passirte hier und da, wenn man nicht vorsichtig war, dass keine Luft durch die Sonde durchging. Ein anderer Zweck der Sondirung war, den Schleim, der sich hinter der Stenose festsetzte, durch Bougiren herauszuschleudern, was immer gelang. Der therapeutische Werth dieser Behandlung, obgleich man sie nicht so sanguinisch hinstellen konnte, wie Dr. Seifert erwartete, war der, dass sie auf mechanischem Wege diese Stenose bessern sollte. Immerhin bin ich der Ueberzeugung, dass der Patient noch viel länger gelebt hat durch das Bougiren, als wenn er nicht bougirt worden wäre. Wie er nach Europa ging, fühlte er sich, wie gesagt, ausgezeichnet. Seitdem scheinen trotz Injektionen von Sublimatlösungen neue Gumata zugekommen zu sein, und wie Sie gehört haben, war es ein letaler Fall. Der Mann kam 14 Tage, bevor er starb, wieder zu mir.

Dr. B. Sachs: Zu Anfang der Krankheit wurde vermuthet, dass das Leiden des Patienten möglicherweise nervösen Ursprungs sei, daher kam er in meine Behandlung. Ich fand neben Anderem eine beträchtliche mediastinale Dämpfung, und auch dass die Athmungsbeschwerden sich nach der Lage des Patienten bedeutend änderten. Schon hieraus kam ich zu der Ueberzeugung, dass es sich höchst wahrscheinlich um ein Neoplasma handelte. Die Hauptpunkte der Krankengeschichte hat Dr. Schwyzer bereits angegeben, und ich will daher nicht darauf zurückkommen. Ich möchte nur sagen, dass wir, nachdem die Diagnose eines Gumma von Dr. Adler gemacht wurde, sehr energisch mit Jod- und Merkurbehandlung vorgegangen sind. Schon damals wurde die Möglichkeit eines Aneurysma im Auge behalten, und es scheint, dass jeder Arzt, der ihn später untersuchte, dasselbe that, aber von keinem konnte irgend ein Zeichen von Aneurysma konstatirt werden. Zu der Auffassung des Dr. Schwyzer, dass es sich um ein Traktionsaneurysma handelt, möchte ich sagen, dass ich einige Bedenken hegen möchte. Diese basiren auf dem Befunde, den ich öfters machte, dass, trotzdem sich in der ersten Krankheitsperiode unter der Jod- und Merkur-Behandlung eine ganz bedeutende Besserung aller Symptome

einstellte, diese mediastinale Dämpfung nicht schwand. Es ist also doch fraglich, ob nicht vielleicht ein Aneurysma von Anfang an bestanden hatte.

Dr. Schwyzer: Ich möchte Herrn Dr. Sachs erwidern, dass Dr. Seifert, der den Patienten später untersuchte, ausdrücklich schrieb, eine Dämpfung sei fast nicht mehr nachzuweisen. Wenn also das Aneurysma damals bestanden hätte, wäre es wahrscheinlich von Dr. Seifert, der ein sehr guter Diagnostiker ist, erkannt worden.

Dr. C. Heitzmann: Ich möchte Dr. Knapp fragen, ob denn diese Geschwülste in der Orbita wirklich so selten seien? Er erwähnte, dass bisher nur zwei Dutzend beschrieben worden sind. Ich frage deshalb, weil ich vor 18 Jahren von dem verstorbenen Dr. Agnew einen wegen Sarcom der Chorioidea exstirpirten Augapfel bekam, an dem die Muskeln noch vorhanden waren. Als ich die Muskeln des Augapfels und den Trichter zwischen denselben untersuchte, fand ich ganz zufällig ein gelapptes Angiom von der Grösse einer Zuckererbse, nicht abgekapselt. Ich meine, dass dieses Vorkommniss nicht so selten sei; doch kann der Kliniker dasselbe übersehen, wenn der Tumor keine Symptome, insbesondere keinen Exophthalmus, hervorruft.

Dr. Knapp: Die Geschwülste an dem vorderen Teil der Orbita sind recht häufig. Sie sind auch abgekapselt und lassen sich sehr leicht exstirpiren. Wenn man das Lied in Klammern legt, bringt man sie heraus, ohne dass irgend eine nennenswerte Blutung entsteht. Sie sind recht unangenehm, wenn ein Teil davon in den Lidern sitzt, der andere die Lider durchbricht und in die Orbita hineingeht. Einige Fälle dieser Art habe ich glücklich operirt, indem ich blos den orbitalen Teil entfernte. Der palpebrale Teil atrophirte dann allmälig.

Dr. Garrigues bemerkt in Erwiderung einer Anfrage aus der Mitte der Versammlung, ob Grund vorhanden war, um nach Abstossung des Ovums in toto zu curettieren folgendes: Ich thue das immer bei Aborten. Ich glaube, wir vermeiden dadurch eine sehr grosse Gefahr. Die zwei Gefahren bei Aborten sind die Blutung und die Septichämie. Sehr viele dieser Patientinnen gehen an Septichämie zu Grunde, und ich glaube, dass wir dem vorbeugen können, wenn wir die spongiösen Gewebe entfernen. Auch bei dieser Gelegenheit sah ich die grossen Massen, die da sind. Diese spongiösen Massen, die mit der Curette entfernt wurden, nahmen wenigstens drei Mal so viel Raum ein als das ganze Ovum, nachdem der Fötus heraus war. Ich weiss, dass das keine gewöhnliche Behandlung ist, aber es ist etwas, das ich seit Jahren thue und auch kürzlich in einer kleinen Abhandlung über den Abortus besprochen habe. Ich thue das bei jeder Gelegenheit, ob es ein artificieller Abortus ist oder ein natürlicher. Ich räume alles aus.

Dr. H. Knapp: Ich möchte noch von einer anderen Gefahr reden. Eine verheirathete Dame kam zu mir, die keine Kinder haben wollte. Sie hatte viermal abortirt. Beim fünften Male bekam sie Septichämie, gefolgt von metastatischer Choroiditis. Sie kam mit dem Leben davon, wurde aber total blind. Es war ein schauerlicher Fall.

(Fortsetzung folgt.)

Therapeutische Notizen.

— Narkose durch Aethylchlorid. Nach dem Berichte von Soulier und Brian gibt Aethylchlorid in relativ hoher Dosis (5—10 cc.) eine ziemlich lang dauernde Anaesthesie (von 5—10 Minuten), und wenn man von Zeit zu Zeit ca. je 2 ccm. weiter einathmen lässt, so kann man die Narkose wie mit den gewöhnlichen Betäubungsmitteln verlängern. Die Vortheile dieses Mittels sind schnelles Eintreten des Schlafes und besonders der Mangel jeglichen Unbehagens bei und nach dem Erwachen. Andererseits bestehen Nachtheile in der Schwierigkeit, zuweilen eine völlige Muskelerschlaffung zu erzielen, und in der Leichtigkeit des Erwachens, welche oft länger dauernde Narkosen unmöglich macht; offenbar ist also das Chloraethyl eher zu sehr schmerzhaften Operationen von kurzer Dauer angezeigt und ferner, wie die Erfahrung von 8417 in Lyon ausgeführten Narkosen lehrt, in besonderem Maase bei Alkoholikern, welche so oft gegen Aether resistent sind. Soulier ist überzeugt, dass Liebreich, welcher schon lange die anaesthesirenden Eigenschaften des Aethylchlorids constatirt hat, nur desshalb die deutschen Chirurgen nicht zu dessen Allgemeinverwendung veranlassen konnte, weil die beim Chloroform nun übliche Tropfmethode auch auf dieses Mittel übertragen wurde; damit schien sich aber der Schlaf zu langsam einzustellen und der Aufregungszustand zu sehr zu verlängern. S. betrachtet das Chloraethyl wie ein weniger gefährliches Chloroform und wie einen viel mehr wirksamen Aether, welcher zudem sich auf Entfernung nicht entzündet. Bulletin Médical No. 35, 1896.

— Einen Vergiftungsfall mit Behring'schem Diphtherie-Heilserum hat an sich selbst der Sanitätsrath Krückmann in Neukloster i. M. beobachtet. (Therap. Monatshefte 6, 1896). K. ist 60 Jahre alt und erfreut sich vollkommener körperlicher Rüstigkeit. Da ihm ein Diphtheriekranker heftig ins Gesicht gespuckt hatte, injicirte er sich in den Vorderarm den sechsten Theil eines Fläschchens Serum No. II. Nach einer halben Stunde wüthendes Jucken auf der Kopfhaut, weiter Angina cordis, Schwindel, Ohrensausen, grösste Hinfälligkeit. Temperatur 39,0, Puls unfühlbar, Füsse eiskalt, Quaddelausschlag am ganzen Körper, lästige Auftreibung des Leibes mit spärlichem Erbrechen. Nach mehreren Stunden Nachlass der Erscheinungen, Ausbruch von Schweiss. Nach 24 Stunden erste Urinentleerung und Verschwinden des Fiebers. Bei dem injicirten Diphtheriekranken waren keine Nebenerscheinungen aufgetreten. — („Münch. Med. Woch.“).

— Die Sterilisation der Gummikatheter durch Formoldämpfe wird gleichzeitig von Janet und von Claisse empfohlen (Ann. des mal. gén.-ur. 1896, 2). Beide Autoren kommen zu dem Schluss, dass ein Aufenthalt von 48 Stunden in den Formol-

dämpfen genügt, um die Sonden sicher zu sterilisiren. Janet empfehlen zur Vornahme der Sterilisation grosse viereckige Metallkästen, in denen die Katheter auf durchlochten Platten liegen, Claisse bedient sich luftdicht verschlossener Glascylinder. Vor dem Gebrauch müssen die Katheter von dem anhaftenden Formol durch Abreiben oder Abspülen befreit werden, da das Formol auf die Harnröhre stark reizend wirkt.

— Marchand's Peroxide of Hydrogen und ebenfalls Hydrozone wird in voller Stärke als Haemostatikum gebraucht nach Nasen- und Halsoperationen, worauf Dr. Emerson Brewer, New York, hingewiesen hat.

Allerlei.

— Strassburg. Als Nachfolger von Prof. Hoppe-Seyler für physiologischer Chemie wurde der Pharmakologe an der deutschen Uiversität in Prag, Prof. Hofmeister, berufen.

— Marburg. Prof. Behring, der sich zur Zeit auf Urlaub im Auslande befindet, gedenkt in sein academisches Lehramt nicht mehr zurückzukehren, sondern will sich nur noch seinen wissenschaftlichen Forschungen widmen. An seiner Stelle soll Stabsarzt Dr. Wernicke, der ihn gegenwärtig im Amte vertritt, die Professur für Hygiene hier übernehmen.

— Eine Bekanntmachung des Berliner Polizeipräsidenten lautet: Das Heilgeschäft des Rechtsanwaltes a. D. Glünecke, vor dessen Thätigkeit bereits von auswärtigen Behörden gewarnt worden ist, wird von dem prakt. Arzt Dr. med. Kahnt, Goutardstrasse 5, im Verein mit dem Apothekenbesitzer Zittelmann, Invalidenstrasse 72 fortgesetzt. Nach dem Geständniss des Apothekers Zittelmann und dem Ergebniss einer Besichtigung seiner Apotheke wird eine von einer Arbeiterfrau abgewogene willkürliche Kräutermischung von Arbeitern abgekocht und ein und derselbe Saft, in Flaschen gefüllt, gegen alle vorkommenden Leiden, bald als Gurgelwasser, bald als Darmeingiessung, bald als innerliches Medicament verordnet und abgegeben. Ich warne das Publikum dringend, sich in Krankheitsfällen an die genannten Medicinalpersonen zu wenden.—(„Münchener Med. Woch.").

An die Leser.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

OTTO G. T. KILIANI,
133 E. 57. Str.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.
Organ für praktische Aerzte in Amerika
herausgegeben von

Redigirt von
Dr. OTTO G. T. KILIANI.

Bd. VIII. New York, September 20. 1896. No. 9.

ORIGINALARBEITEN.

Zur Behandlung des Aborts.

Von

Dr. G. Seeligmann.

Herr Präsident und meine Herren! Als ich mich entschloss, den Abort und die Behandlung des Aborts zum Thema eines kurzen Vortrags vor dieser Gesellschaft zu wählen, war ich mir klar darüber, dass ich kaum in der Lage würde sein können, Ihnen auf diesem uns Allen geläufigen Gebiete etwas wesentlich Neues zu sagen. Wenn ich trotzdem das Kapitel gewählt habe, so geschah es, weil ich aus Erfahrung weiss, dass Gegenstände von allgemeinem Interesse willkommener sind, als aus einem Spezialfach genommene und nur die Spezialkollegen interessirende Themata. Die Abortbehandlung zudem ist seit geraumer Zeit in dieser Gesellschaft nicht Gegenstand der Diskussion gewesen, und so glaube ich, wird das gewählte Thema sich rechtfertigen lassen; handelt es sich doch um einen Gegenstand, mit dem der praktische Arzt in tägliche Berührung kommt; um einen Zustand, der mit seinen Folgen von ausserordentlicher Wichtigkeit für Leben und Gesundheit der Frauen ist.

Es ist kaum möglich, auch nur in annähernder Weise festzustellen, wie gross etwa die Zahl aller vorkommenden Aborte ist. Besässen wir eine Statistik darüber, wir würden erstaunt sein, welch enorme Zahlen diese bringen würde. Bei sehr

vielen Aborten aus den ersten Wochen wird ein Arzt überhaupt nicht zugezogen, und auch eine grosse Anzahl von Fällen aus den späteren Zeiten fallen in die Hände mehr oder weniger weiser Frauen, und aus diesem Grunde entziehen sie sich der Statistik. Annähernd nimmt man an, dass auf etwa fünf bis sechs Geburten am normalen Ende der Schwangerschaft ein Abort komme, vorausgesetzt, dass man dabei unter Abort eine Fehlgeburt vor der Zeit der möglichen Lebensfähigkeit der Frucht, d. h. vor der 26ten bis 28ten Woche versteht. Hegar schätzt das Verhältniss der Zahlen der Aborte aus den ersten Monaten zur Zahl der rechtzeitigen Geburten gleich 1:10. Es ist nun kaum möglich, die Therapie des Aborts zu besprechen, ohne wenigstens ganz kurz auf die Aetiologie einzugehen. Wenn wir da der allgemein üblichen Einteilung der Ursachen folgen wollen, so haben wir zu unterscheiden: Ursachen ausgehend von der Mutter und solche ausgehend vom Ei. 1) Ursachen, die in der Mutter liegen. Dahin gehört als Wichtigste die Lues (etwa 9 Prozent aller Fälle von Abort. Napier), Tuberculose, dann fast alle akuten Infektionskrankheiten. Von letzteren sind besonders die länger dauernden, mit auf die Cholera ist interssant eine Arbeit meines ehemaligen Chefs, des Dr. A. Schuetz im dritten Band der Jahrbücher der Hamburger Staatskranken-Anstalten über den Einfluss der Cholera auf Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Diese Arbeit konstatirt an dem grossen Choleramaterial aus der Epidemie des Jahres 1892 in Hamburg die interessante Thatsache, dass die Cholera in ausserordentlich ausgesprochener Weise zu n i c h t menstruellen Blutungen in die Uterus-Schleimhaut Veranlassung gibt. Es fanden sich bei 200 Sektionen von Frauen die an Cholera verstorben waren, Uterushaemorrhagien in 110 Fällen = 65 Prozent. Schuetz weist darauf hin, dass die alte Ansicht, dass Schwangerschaft und Wochenbett eine gewisse Immunität gegen Cholera gewähre, absolut falsch sei; dass vielmehr eine ausserordentlich hohe Neigung dazu bestehe, dass die Schwangerschaft bei Frauen, die von Cholera befallen werden, unterbrochen wird. Es kam in Schütz's Abteilung zu einer Unterbrechung der Schwangerschaft in 54 Prozent aller Fälle, also über die Hälfte. Was den Typhus betrifft, so habe ich seiner Zeit als

Assistent am Hamburger Krankenhaus eine ganze Anzahl von Aborten auf der reich mit Typhuspatientinnen belegten inneren Abteilung gesehen, doch erinnere ich mich bestimmt zweier Fälle, wo trotz wochenlang dauernder mittelschwerer Typhen eine Unterbrechung der Gravidität nicht erfolgte. Auch bei Scharlach und Diphtherie sowie bei Masern ist es nichts unerhörtes, die Patientinnen weitertragen zu sehen. Ob es bei diesen Krankheiten die hohe Temperatur ist die den Tod des Foetus herbeiführt, ob es die durch die Placenta eingedrungenen Spaltpilze selber sind, oder ob, was das Wahrscheinlichste ist, die Stoffwechselprodukte der letzteren, die Toxine, die deletäre Ursache bilden, ist controvers. Zu den Ursachen, welche von der Mutter ausgehen, gehören ferner Gemütsbewegungen, Schreck, Schock und dergleichen. Anhangsweise möchte ich hier einschalten, dass es nicht immer die Mutter ist, von der die Ursache zum Abort ausgehen kann, sondern zuweilen auch der Vater. Von der Lues ist es bekannt, dass sie, ohne die Mutter zu afficiren, vom Vater auf das Kind übergehen kann. Ich selbst habe einen Fall unter meinem Material, wo ich absolut nicht im Stande war, eine andere Ursache für den im dritten Monat erfolgten Abort aufzufinden, als den Umstand, dass der Vater zugegebenermassen an Syphilis behandelt worden war. Das Ei war ein typisches Abortivei ohne Foetus und liess Veränderungen, die speziell auf Syphilis zu deuten gewesen wären, nicht erkennen. Aehnlich ist es mit der Tuberkulose. Eine weitere Categorie bilden die Herz-, Lungen-, Leber- und Nierenkrankheiten. Sie führen durch Stauungshyperamie oft zum Abort. Ferner gehören hierher Erkrankungen der Uterusschleimhaut und des Uterusparenchyms selbst, metritische und endometritische Veränderungen; dann Lageanomalien des Fruchthalters, tiefe Cervixrisse, alte entzündliche Veränderungen der Adnexe und Parametrien und ihre Folgen, wozu namentlich fixirende Narben und Stränge in der Umgebung des Uterus gehören. Eine grosse Rolle in der Aetiologie spielen dann Traumata aller Art, entweder solche, die den Uterus direkt treffen, Fall auf den Unterleib, Verwundungen, heftiger Coitus u. dergl., oder solche, die den Körper im Allgemeinen angehen; Springen, Tanzen, etc. Doch wird im Allgemeinen wohl diesen Ur-

sachen eine zu grosse Wichtigkeit beigelegt; sie mögen häufig nur Gelegenheitsursachen bei bestehender Neigung zum Abort aus anderen Gründen abgeben, und werden sehr oft von den Pat. vorgegeben, wo es sich thatsächlich um andere Dinge handelt. Inwieweit Erblichkeit, schlechte Ernährung und dergleichen Dinge eine Rolle spielen, will ich hier unerörtert lassen. Der Vollständigkeit halber sei hier noch erwähnt, dass es eine Anzahl von Mitteln gibt, die den Ruf geniessen, einen Abort verursachen zu können, wie Aloe, Sabina etc. Sie haben keinen wesentlichen Effect auf den gesunden, schwangeren Uterus. Dagegen sind hier die Vergiftungen mit allen möglichen organischen und anorganischen Stoffen zu nennen, die zum Abort führen können.

Im Allgemeinen ist sicher richtig was mein alter Lehrer Hegar in Freiburg zu sagen pflegte, dass die Ursachen des Aborts in der Regel viel weiter zurückliegen, als man glaubt, dass Decidualblutungen seltener das Primäre seien, sondern meist erst die Consequenz von Erkrankungen der Eihäute und des Foetus!

Es ist zweifellos von Wichtigkeit, sich in jedem einzelnen Fall über die Aetiologie klar zu werden; wird es sich doch häufig für den Arzt darum handeln, durch geeigneten Rat der Wiederholung des Ereignisses vorzubeugen. In einer ganzen Anzahl von Fällen ist es unmöglich, eine Ursache festzustellen. Mir ist in meiner hiesigen Thätigkeit aufgefallen, dass relativ häufig kurz verheiratete Frauen abortiren, Frauen, bei denen eine absichtliche Unterbrechung der Gravidität ganz ausser Frage erscheint, Frauen, die in guten Verhältnissen leben und glücklich waren über ihre Hoffnungen. Lues ist bei keinem der Eltern nachweisbar, Uteruserkrankung nicht vorhanden, allgemeine Erkrankung ebensowenig. Auch mechanische Insulte sind nicht immer nachweisbar und der in diesem Fall häufig angeschuldigte excessive Coitus ebensowenig. Bei einigen der Frauen, die ich dabei im Auge habe, handelt es sich um fette, blasse, schlaffe Individuen, ohne dass man von ausgesprochener Chlorose oder anderen Blut- oder Stoffwechselerkrankungen hätte sprechen können. Dass der Termin der Blutung mit der Zeit zusammenfiel, wo die Betreffende hätte menstruiren sollen, konnte ich, trotzdem ich darauf geachtet habe, nicht nachweisen.

Bezüglich der Retroflexio uteri gravidi ist zu bemerken, dass nur da einzuschreiten ist, d. h. der Uterus zu reponiren ist, wo Incarcerations-Symptome vorhanden sind. In der Regel hebt sich der retroflektirte gravide Uterus von selbst, ohne wesentliche Beschwerden zu machen. Ich habe in mehreren Fällen die Reposition leicht machen können. Es empfiehlt sich dafür besonders die Knie-Ellenbogenlage, wenn nötig, mit leichter Narkose; wobei darauf zu achten ist, dass die Scheide genügend weit entfaltet wird, um Luft in dieselbe dringen zu lassen. Dann ist der Widerstand des intra-abdominalen Drucks leicht zu überwinden und der Uterus gleitet leicht nach vorn über.

Wir kommen dann zu den aetiolog. wichtigen Störungen der zweiten Gruppe, zu den Erkrankungen des Eies, vor allem zu den Anomalien der Decidua. Hierher gehören die sehr häufig vorkommenden Abertiveier κατ' ἐξοχήν. Die Ursache derselben ist zu suchen in kleineren und grösseren Apoplexien in die Decidua, namentlich auf der uterinen Seite der Decidua vera. Durch diese wird, wie leicht erklärlich, die Ernährung des Foetus beeinträchtigt, so dass, falls derselbe noch sehr jung, leicht eine Resorption desselben eintreten kann. Auch die Endometritis ist aetiologisch für diesen Effekt häufig verantwortlich zu machen; ebenso Traumata, Circulations-Störungen, Gefässerkrankungen. Der übrig bleibende Sack, welcher besteht aus den Eihäuten, durchsetzt mit ergossenem Blut und Fibringerinseln, bildet das Abortivei, vulgo Fleisch- oder Blutmole. Ferner gehören hierher Anomalien des Chorion, die Blasenmole (Myxomatose Degeneration der Chorionzotten, Missbildungen des Foetus, etc.) Es würde zu weit führen, hier alle Anomalien, die einmal zum Abort führen können, aufzuführen, auf eins aber möchte ich kurz kommen: die Cervixrisse. Es ist hierzulande der Cervixriss und seine für alle künftigen Graviditäten deletäre Wirkung fast zur fixen Idee geworden. Wenn man sieht, wie häufig hier die Emmett'sche Operation angeraten wird, und welche Wichtigkeit oft ganz unbedeutenden Cervixrissen beigelegt wird, kann man nur erstaunen. Es ist ja richtig, dass sehr tiefe, klaffende Cervixrisse eine direkte Ursache zum Abort geben können. Wenn ein Riss so hoch hinaufreicht, dass er den Boden erreicht, auf

dem das Ei aufsitzt, so ist ohne weiteres klar, dass die Ursache zu Blutungen und damit zum Abort gegeben ist. Andererseits lehrt die Beobachtung, dass unglaublich viele Frauen mit selbst bis zum inneren Muttermund reichenden Cervicalrissen ruhig austragen, von den seichteren, multiplen, fast physiologisch zu nennenden Rissen der Mehrgebärenden ganz abgesehen. Von mancher Seite wird auch betont, dass starke, bindegewebige parametrane Narben, die den Uterus fixiren, häufig zu Aborten Veranlassung geben. Ich glaube aber, dass beiden Ursachen ein viel zu grosser Wert beigelegt wird.

Ueber Symptome und Verlauf des Abortes ist wenig zu sagen. Unter wehenartigen Schmerzen und mehr oder weniger starker Blutung, (letztere ist zuweilen fast = 0) erfolgt die Ausstossung des Uterininhaltes. Allgemeine Erscheinungen sind, sofern es sich nicht um Infektion handelt, meist nicht sehr ausgesprochen, Gefühl von Abgeschlagenheit, Unbehaglichkeit, manchmal Uebelkeiten und Erbrechen. Die weitere Entwickelung gestaltet sich nun entweder so, dass die Decidua vera sich in ihrer ganzen Ausdehnung von der Uteruswand ablöst, das Ei damit in toto und frei ausgestossen wird, oder aber die Eihäute zerreissen, der Foetus schlüpft nach Abreissen der Nabelschnur heraus und die mehr oder weniger adhärente Decidua oder Teile derselben bleiben zurück. In diesem Fall kann sich zweierlei ereignen: entweder, in den seltneren Fällen, wird der zurückgehaltene Teil der Decidua durch die fortgesetzten Kontraktionen des Uterus noch nachträglich ausgetrieben, oder aber — und dies ist die Regel — es gelingt das dem Uterus nicht. Die Placentarreste geben dann Veranlassung zu stets erneuter Blutung, wenn auch zunächst längere Zeit eine solche nicht erfolgen sollte. Bleiben diese Placentarreste an der Uteruswand adhaerent, so können sie weiter ernährt werden. Es bildet sich dann das, was man Placentarpolyp nennt, eine Masse, welche Deciduagewebe geronnenes Blut, welches mehr oder weniger organisirt ist, und Chorionreste enthält. Diese Polypen können unter Umständen monatelang retinirt werden, ohne Erscheinungen zu machen, bis dann schliesslich plötzliche Blutungen auf ihre Existenz hinweisen. Doch muss dabei beachtet werden, dass hier und da auch Spätblutungen durch Ausstossung von Thromben der Placentarstelle hervorgerufen werden können.

Ich gehe nach dieser Einleitung nunmehr zu dem eigentlichen Thema über, zu der Frage: Wie ist der Abort zu behandeln? Zunächst: Wie ist der drohende Abort zu behandeln? Es scheint mir nicht zweifelhaft, dass die Hauptpflicht des Arztes hier ist, den drohenden Abort abzuwenden, die Schwangerschaft zu erhalten. Sicher ist, dass es eine Anzahl von Fällen gibt, für die diese Regel nicht zutrifft. Das sind alle diejenigen, bei denen es sich um eine Gefahr für die Mutter handelt. Dahin gehören schwere Herz-, Lungen- und Nierenaffektionen, ferner Tumoren des Uterus, irreponible Retroflexionen, mit oder ohne entzündliche Prozesse der Anhänge und der Parametrien, endlich akute Infektionskrankheiten, obgleich man hier zu individualisiren haben wird. Ich habe z. B. einen Fall beobachtet, wo während einer typischen, lobären Pneumonie eine mehrtägige Blutung einer im fünften Monat schwangeren Person von selbst aufhörte und die Schwangerschaft ihren ruhigen Fortgang nahm. Dann gehören vor allem zu den Fällen, bei denen nicht abzuwarten, sondern sofort einzugreifen ist, alle, in denen es sich bereits um eine Infektion vom Uterus her handelt. Die thermometrische Messung sollte mit das erste sein, was der Arzt thut, sowie er einen Fall von drohendem Abort übernimmt. Sind auch nur leichte Temperatursteigungen, Temperaturen von 100 bis 101 Fahrenheit da und sind andere Ursachen für dieselben auszuschliessen, so ist es meines Erachtens die Regel, dass solche Aborte nicht mehr aufzuhalten sind. Diese subfebrilen Temperaturen sind immer ein Zeichen der Resorption von Zersetzungsproducten in utero, und mit diesen ist die Ursache gegeben, dass der Foetus abstirbt, selbst wenn die Placentarapoplexien ihr deletäres Werk, wie es oben beschrieben, n i c h t vollzogen haben sollten. Wo aber, wie gesagt, eine dringende Ursache einzuschreiten nicht vorliegt, da ist es in dieser Situation für den Arzt absolut nicht am Platze, sein Handeln durch die Wünsche der P a t i e n t i n beeinflussen zu lassen. Wie wir alle wissen, ist es heutzutage selbst in der guten Praxis keine Seltenheit, dass der Arzt bezüglich der Provenienz des Aborts gegründete Zweifel hat. Es ist meine Ueberzeugung, dass in einer ganzen Anzahl von Fällen, und zwar bei verheirateten Frauen, die bereits meh-

rere Kinder haben, die Patientin, sei es durch Manipulationen, die sie selbst vornimmt, sei es durch solche, die von der Hebamme gemacht werden — die männlichen Abortionisten, graduirt oder nicht, werden ihre Aborte wohl selbst zu Ende behandeln — des Aborts Ursache genauer kennt, als sie zugeben möchte. Diese Frauen sind natürlich nur zu begierig, den Arzt die Sache beenden zu sehen und fügen sich nur ungern den auf Erhaltung der Schwangerschaft gerichteten Massnahmen, die ihren eigenen Wünschen stracks zuwiderlaufen. Aehnlich liegt natürlich die Sache bei unverheirateten Frauen.

Es ist überflüssig zu betonen, dass diese Verhältnisse auf die Entschliessung des Arztes absolut ohne Einfluss zu bleiben haben. Rein objektiv haben wir zu entscheiden, ob dringende Gründe vorhanden sind, den Abort zu beendigen oder nicht. Von Wichtigkeit bei dieser Frage ist selbstverständlich die Menge des abgehenden Blutes. Ist diese nicht so erheblich, die Temperatur normal, keinerlei anderweitige Erkrankung der Mutter vorhanden, so wird die Frau angewiesen, sich absolut ruhig zu verhalten. Von internen Mitteln werden angewandt das Extractum fluidum Hydrastis Canadensis in Dosen bis viermal täglich 30 Tropfen, Extractum fluidum viburni prunifolii in ähnlichen Dosen. Hydrastis bewirkt sicher keine Wehen und steht im Ruf, Blutungen aus der Uterus-Schleimhaut zu stillen. Ich muss sagen, dass es schwer ist, sich über den Effekt des Hydrastis ein sicheres Urteil zu bilden. Wo es leichte Blutungen aufhören macht, hätten dieselben vielleicht auch von selbst aufgehört. Sehr eklatante Erfolge erzielt man kaum damit, dagegen ist sehr zu empfehlen, zur Ruhigstellung der Uterusmuskulatur Opium zu geben, und zwar am besten per Rectum im Suppositorium 0,03, 2—3 mal täglich. Ich kombinire das gewöhnlich mit Extractum Belladonnae 0,05. Opium ist dem Morphin entschieden vorzuziehen, da es sich weniger darum handelt, die Schmerzen als solche zu beseitigen, als vielmehr deren Ursache, die Kontraktionen des Uterus. Das Opium hat für letzteren Zweck entschieden die bessere Wirkung und ausserdem den Vorzug, den sich kontrahirenden Uterus ruhig zu stellen. Eine schädliche Wirkung auf die Frucht habe ich bei den angegebenen

Dosen nicht konstatiren können. Vor der leichten Scheidentamponade, die in diesem Falle z. B. von Csempin „Zur Behandlung des Aborts“, Berlin, 1894, und von anderen angeraten wird, möchte ich in diesen Fällen, wo man doch den Abort aufzuhalten bemüht ist, ausdrücklich warnen. Die Tamponade regt den Uterus entschieden zur Kontraktion an und ist somit direkt schädlich. Ebenso warne ich vor Secale Präparaten, welcher Art sie auch sein mögen. Die Frauen, welche wissen, dass „Ergot“ häufig zur Stillung von Uterinblutungen gegeben wird, wenden es oft von selbst an, und auch Aerzte verordnen es hier häufig in der Idee, damit die Blutung zu stillen, während doch die Secalepräparate gerade den entgegengesetzten Effekt haben, nämlich Kontraktionen des Uterus herbeiführen und damit der Lösung des Eis Vorschub leisten. Auch Vaginaldouchen sind zu vermeiden. Durch milde Abführmittel ist für leichten Stuhl zu sorgen, da jede Anstrengung der Bauchpresse vermieden werden soll. eine leichte Kost ist rätlich.

Ganz anders nun hat man zu verfahren in der weitaus grösseren Zahl der Fälle, in denen der Abort nicht hintan zu halten ist oder wo die Indikationen vorhanden sind zur Beendigung. Hier haben wir dafür zu sorgen, dass der Uterus entleert wird sobald wie möglich, ohne dass die Mutter dabei Schaden leidet. Vor allem ist da Bedingung, dass die Frau von dem Moment an, wo wir einschreiten, keine nennenswerten Blutmengen mehr verlieren darf. Ist der Cervicalkanal für den Finger durchgängig, so ist die Sache nicht schwierig. Man kann dann ohne weitere Massnahmen den Uterus entleeren, wie später beschrieben. Anders wenn die Cervix nicht dilatirt ist. Dann gibt es zwei Wege: Entweder man dilatirt gewaltsam oder man schreitet zur Tamponade. Ehe ich nun hier weiter fortfahre, die Technik durchzusprechen, will ich, was eigentlich heutzutage überflüssig ist, einfügen, dass alle Manipulationen, die bei der Behandlung eines Abortes vorgenommen werden, mit derselben peinlichen Asepsis zu geschehen haben, als ob es sich um eine Laparatomie handelte. Es hat eine gründliche Reinigung des Abdomens, der Genitalien und der Nates mit Seife und Bürste vorherzugehen, dann Abwaschen mit 1-1000 Sublimat, Alkohol. Dann entleere ich

regelmässig die Blase, und dann folgt eine energische Auswaschung, nicht Ausspülen der Vagina in den Simon'schen Rinnen mit 1·1000 Sublimat.

Um nun die Frage der Cervixdilatation wieder aufzunehmen, so ist ja zweifellos, dass man mit irgend einem der zahlreichen, hierzulande üblichen Dilatatoren schnell zum Ziel kommen kann. Die in Deutschland üblichen Stifte, Hegar'sche oder Staude'sche, u. s. w., die in zunehmender Dicke nach einander eingeführt werden, habe ich ganz aufgegeben. Die Dilatation mit denselben nimmt recht viel Zeit in Anspruch, und wenn behauptet wird, dass man bei ihrem Gebrauch keine Gewebsverletzungen mache, wohl aber mit den hier üblichen Dilatatoren, so ist dem einfach nicht so. Laminaria oder gar Pressschwämme sind absolut zu verwerfen. Ich selbst gebrauche dieses Instrument (Demonstration), das ich für sehr gut halte. Es ist ein modifizirter Wylie'scher Dilatator. Ich denke, die Krümmung ist hier richtiger, der normalen Krümmung des Uterus über die vordere Fläche entsprechender, als bei dem Wylie, und während jener glatte Branchen hat, sind hier die Kanellirungen des Goodell'schen Instrumentes angebracht. Ich fand dasselbe zufällig bei einem Instrumentenmacher in Brooklyn. Die Dilatation ist immer, wenn irgend möglich, so weit fortzusetzen, dass man den Zeigefinger einzuführen vermag. Sehr häufig begnügt man sich leider mit einer Weite, die genügend ist, eine Kornzange resp. eine Curette einzuführen, fischt dann mit der Zange in dem Uterus herum, und wenn man glaubt genug herausgeholt zu haben, wird dann ein paar Mal mit der Curette an der Uteruswand heruntergeschabt, und dann ist es gut. Hierzulande ist das Curettement zu viel geübt, als dass das sehr häufig passiren sollte, aber während meiner Assistentenzeit in Deutschland habe ich häufig Fälle auf die Abteilung bekommen, wo, nachdem von anderer Seite eine Ausräumung vorgenommen war, noch ganz erhebliche Mengen von Decidua in dem nach wie vor blutenden Uterus enthalten waren. Der Hauptfehler, der da, abgesehen von der unsystematischen Anwendung der Curette gemacht wird, liegt, wie gesagt, darin, dass nicht genügend dilatirt war, um den Finger einschieben zu können. Bei Aborten der ersten Wochen und namentlich bei nulliparae

gelingt es allerdings hie und da nicht, die Cervix so weit zu dilatiren. Hier muss dann besonders sorgfältiger Gebrauch von den Instrumenten gemacht werden. Ueberall da nun, wo die augenblickliche Entleerung des Uterus nicht nötig oder nicht möglich ist, ist die Tamponade am Platze. Die dazu gebräuchliche Gaze muss selbstverständlich steril sein. Ich sterilisire mir dieselbe in Nachahmung der von Duehrssen in Berlin eingeführten, in Blechbüchsen eingelöteten Gazerollen selber, indem ich reine "Tincans," wie sie leicht zu haben sind, benutze und zehnprozentige Jodoformgaze-Rollen, wie Seabury und Johnson sie mir auf Bestellung liefern, 1 Zoll breit und 10 Yard lang, hineinlege, den Deckel darauf thue, sterilisire, und dann nur zum Gebrauch öffne. Die Technik der Tamponade ist einfach. Rinnenspeculum, Anhaken der Portio, Auswischen der Cervix mit einem Applikator, der mit in Sublimat 1-1000 getauchter Watte umwickelt ist, dann Einführung des Gazestreifens bis zur Höhe des inneren Muttermundes, Nachstopfen, bis der Cervix gefüllt ist, dann weiteres Ausstopfen der Scheide so fest wie möglich. Wattetampons benutze ich dazu nicht. Wenn man sich die Scheide mit Rinne und Seitenhebeln (sehr gut sind die Wiener Hebel, die jetzt draussen allgemein angewendet werden) ordentlich entfalten lässt, so ist es leicht, den Gazestreifen überall hin zu adaptiren. Zehn Yards reichen meist, auch bei sehr weiten Vaginen. Vor kurzem ist von Duehrssen (Volkmann, Sammlung klinischer Vorträge, 131, Neue Folge „Ueber eine neue Methode der Behandlung der unzeitigen Geburten") eine neue Methode der Tamponade angegeben worden. Er schlägt vor, nicht nur mit dem Gazestreifen den Cervix auszufüllen, sondern die Uterushöhle selbst so viel wie irgend möglich mit Gaze vollzustopfen. Er behauptet, dass diese sogenannte Totaltamponade viel bessere Resultate gäbe insofern, als sie in der Mehrzahl der Fälle einen so kräftigen Reiz auf den Uterus ausübe, dass die Contenta in toto ausgestossen werden. Die Totaltamponade hat er in 18 Fällen angewandt und nur bei zwei Fällen keinen Erfolg gehabt. Der eine war ein künstlicher Abort wegen Nephritis, bei dem anderen handelte es sich um Placenta praevia bei einer 14gebärenden. Duehrssen meint, dass er vielleicht auch hier Erfolg gehabt hätte, wenn

er gleichzeitig Secale gegeben hätte. Er habe auch gute Resultate gehabt, selbst wo bereits Fieber bestand, und meint, dass, sollte auch selbst während der Tamponade das Fieber sich noch steigern oder sollten gar Schüttelfröste auftreten, dies nichts schadet. Es sei das durch die künstliche Retention erklärlich; nach der Reinigung des Uterus falle das Fieber prompt ab.

Diese letztere Ansicht möchte ich bezüglich ihrer Richtigkeit mit einem Fragezeichen versehen. Duehrssen glaubt, dass die Wirkung um so sicherer sei, je weiter die Gravidität vorgeschritten, wahrscheinlich infolge der besser entwickelten Uterusmuskulatur in späteren Perioden der Gravidität. Die Wirkung sei so zu erklären, dass namentlich da, wo die Eihäute zerrissen sind und der Foetus abgegangen ist, die Gaze den zum Teil leeren flottirenden Sack wieder zu einem den Uterus ausfüllenden kompakten Körper macht. Mir schien diese Erklärung plausibel, und ich habe infolgedessen das Verfahren kürzlich in einem Fall von Abort in der zwölften Woche mit bestem Erfolge angewandt. Es handelte sich auch hier um ein Abortivei ohne Foetus. Dasselbe war allerdings durch die Tamponade etwas zerdrückt, kam aber am zweiten Tag unter ziemlichen Wehen in toto und sass in der That dem uterinen Ende des Gazetampons fest auf. Der Uterus involvirte sich gut, und es kam zu keiner erneuerten Blutung, trotzdem ich nicht curettirte.

Ich habe die Absicht, in Zukunft das Verfahren wieder anzuwenden. Wenn man darauf ausgeht, als Nebenprodukt der Behandlung eines Aborts schöne Foeten und ganze Eier zu erhalten, wird man freilich das Verfahren nicht anwenden dürfen. Aber das ist ja Nebensache. Seit ich gefunden habe, dass einige Kollegen, an deren Patientinnen ich die Ausräumung vorzunehmen hatte, bei der Anwendung von Jodoformgaze Jodoformintoxikation fürchten — ich selbst habe nota bene nie eine gesehen — nehme ich einfach sterilisirte Gaze, ebenso in Rollen aufgewickelt, wie beschrieben. Der Effekt der Tamponade nun ist ein dreifacher: 1. wirkt die Gaze als Fremdkörper und veranlasst den Uterus zur Kontraktion; 2. bewirkt sie ein Aufhören der Blutung. Das Blut, das keine Abflussmöglichkeit findet, gerinnt, die Coagula,

die zwischen Uteruswand und den Eihäuten liegen, wirken als Verschluss der blutenden Gefässe und vermehren zugleich die Masse des in dem Uterus enthaltenen und Kontraktionen erregenden Fremdkörpers, als welcher doch das in Lösung begriffene Ei aufzufassen ist; und 3. dilatirt sie den Cervix. Es kann nicht genug betont werden, dass die Tamponade sehr fest gemacht werden muss, wenn sie ihren Zweck erfüllen soll.

Hat die Tamponade den gewünschten Effekt gehabt, ist unter Wehen das Ei in toto ausgestossen, resp. ist, nachdem schon vorher der Foetus ausgeschlüpft war, der Eisack in toto ausgestossen, so ist zunächst, namentlich bei Aborten aus den ersten 10—12 Wochen, also bevor es sich um die Bildung einer Placenta handelt, die Hauptsache erledigt. Ruhe, Ergot, laue, leicht desinficirende Douchen. Anders wenn eine Ausstossung der ganzen Uteruscontenta nicht erfolgt ist. Hier, wo es sich um den sog. unvollendeten Abort handelt, hat man nun noch eine gründliche Entfernung der zurückgebliebenen Gewebsmassen vorzunehmen. Der Cervicalkanal ist in diesem Fall meist für den Finger leicht passirbar; wenn nicht, wird dilatirt. Ausspülung. Dann hat man zu versuchen, mit dem Finger alles Zurückgebliebene, und zwar womöglich auf einmal, zu entfernen. Der angehakte Uterus wird stark nach abwärts gezogen (event. kann man sich auch von dem Bauchdecken her noch durch Assistentenhand denselben nach abwärts drücken lassen). Am besten ist es, mit dem kleinen, in die Hohlhand eingeschlagenen Finger der rechten Hand die Hakenzange zu halten, während der rechte Zeigefinger im Uterus ist und sich mit der linken von den Bauchdecken her den Uterus über den Finger gestülpt zu halten. Dann führt man den Finger mit der Volarseite nach der Uterinwand in drehenden Bewegungen herum, langsam nach dem Fundus zu aufsteigend, und löst so die Placenta ab, dann sucht man die so gelösten Massen unter Druck von aussen mit dem Finger hinabzuleiten. Es ist falsch, mit dem Heraushohlen kleiner Placentarstücke zu beginnen, ehe alles gelöst ist; die Mutter kontrahirt sich manchmal überraschend schnell, wenn die Hauptmasse heraus ist, und es ist dann oft schwer, die letzten Reste herauszubefördern. Nachdem alles heraus ist, macht man eine gründliche Ausspülung, am besten mit einem

sterilisirten Glas Uterusrohr und führt dann abermals den Finger ein, um den Uterus genau auszustasten; etwaige Placentarreste müssen dann noch abgelöst werden.

Wenn man sicher ist, dass die Uterushöhle leer ist, folgt nochmals Ausspülung — es blutet jetzt meist absolut nicht mehr, oder höchstens ganz unbedeutend; heftige Blutungen sind ein Beweis, dass der Uterus noch nicht leer ist. Dann folgt eine leichte Tamponade, indem man einen dünnen Jodoformgazestreifen bis zum Fundus hinauf führt, den man dann in der Scheide enden lässt.

Ich glaube diese leichte Tamponade empfehlen zu sollen. 1. weil sie einer etwaigen Atonie und einer Blutung ex atonia vorbeugt und dann, weil sie Verwachsungen der Cervixwände verhindert, die doch sonst hier und da vorkommen. Ich habe zwei Fälle hier in New York beobachtet, wo nach Curettement des Uterus von anderer Seite erhebliche Stenosirungen des Cervix entstanden waren. Bei beiden war, wie ich erfuhr, eine Tamponade dem Curettement nicht gefolgt. Den einen habe ich in einer anderen Arbeit beschrieben; ich war genötigt, bei einer dem Curettement folgenden Entbindung wegen der nach langer Dauer starker Wehen noch absoluten Unnachgiebigkeit des os externum tiefe Cervixincisionen zu machen. Im anderen Fall handelte es sich um einen Abort im vierten Monat. Der Foetus war macerirt. Vom Muttermund war nichts übrig, als ein haarfeines Grübchen, in das sich nur eine feine Sonde einführen liess; es war sehr schwer, die Cervix so weit zu dilatiren, dass der Finger eingeführt werden konnte. Ich glaube, wie gesagt, dass diese Cervixstenosen vermieden werden, wenn man einen Jodoformgazestreifen einlegt, der ein bis zweimal erneuert wird.

So sehr ich nun der Ansicht bin, dass das angegebene Verfahren das einzig richtige ist, so sicher ist es doch, dass es in einer ganzen Anzahl von Fällen eben nicht gelingt, den Uterus mit dem Finger auszuräumen. Es bleiben an der Placentarstelle Stückchen und Fetzen, die so fest sitzen, dass es nicht gelingt, sie mit dem Finger abzulösen oder es ist nicht einmal möglich, die Cervix so weit, wie zur Einführung des Fingers nötig, zu dilatiren. In diesen Fällen haben wir zur Curette zu greifen, so sehr auch von gewichtigster Seite, besonders

in Deutschland, dagegen geeifert wird. Ich glaube, dass die Perforationsgefahr, ausser wo es sich um puerperale Uteri handelt, oder, falls Abort stattfand, um verschleppte Aborte mit Retention von Resten der Placenta und beginnender Zersetzung, wo also eine abnorme Weichheit der Wand vorhanden ist — dass, sage ich, die Perforationsgefahr gleich Null ist. Man hat nur immer darauf zu achten, dass die linke Hand den Fundus genau fühlt, die Curette vorsichtig bis zum Fundus jedes Mal vorzuschieben, bis man mit beiden Händen den leichten Widerstand fühlt, und dann systematisch der Reihe nach Vorder- und Hinterwand, dann die Tubenecken und die Kanten herabzufahren. Dabei ist die Curette in leichter Hand zu halten, erst beim Herabziehen fasse man fester. Die Curette im Speculum einzuführen, ist unbequem. Geradezu nötig ist das Curettement noch bei denjenigen Fällen, wo es sich nach vorausgegeangenen Aborten der ersten Monate, trotzdem das ganze Ei abgegangen, um lange dauernde Blutungen aus der geschwellten Schleimhaut handelt; ebenso mache ich prinzipiell das Curettement überall da im Anschluss an die Ausräumung, wo die Ursache des Aborts eine Endometritis war, gleichgültig, um welche Form der Endometritis es sich dabei handelte.

Die Curetten, die ich benutzte, sind diese. (Demonstration.) Sie sind oben hinreichend breit, abgerundet und sehr handlich. Olshausen (Berliner Klinische Wochenschrift, 1894, No. 50) warnt vor der unbiegsamen Curette und vor den scharf geschliffenen, ebenso wie Czempin a. a. O. Ich finde im Gegentheil die biegsamen unvorteilhaft; die Führung des Instrumentes ist viel unsicherer.

Ueber die Nachbehandlung ist wenig zu sagen. Bettruhe, leichte Kost, Sorge für Stuhlgang; Ergotin, dabei ständige Kontrolle der Temperatur, das ist so ziemlich alles. Ich möchte die Gelegenheit benutzen Ihnen eine Modifikation der Secale Verabreichung zu zeigen, die ich seit Jahren anwende. Es ist dies eine 10-prozentige sterilisirte Ergotinlösung zu je ein Gramm in Glasröhrchen eingeschmolzen. Das Glas enthält also 0,1 Ergotin dialysat., die Spitze des Gläschens ist leicht abzubrechen und dann wird der Inhalt mit der Pravazspritze angesogen.

Komplizirter natürlich gestaltet sich die ganze Sache, wo es sich ausser dem zu behandelnden Abort um entzündliche Affektionen der Adnexe der einen Seite oder des Parametriums handelt; älteren oder frischeren Datums. Man kann da durch die beschriebenen Manipulationen leicht ein recidivirendes Aufflackern der früheren Entzündung beobachten; auch mit chronischen Appendicitiden kommt man gelegentlich in Konflikt. Die Behandlung und der Verlauf dieser Komplikationen gehören aber nicht streng zu unserem Thema, und würde ihre Besprechung Ihre Geduld zu sehr in Anspruch nehmen.

Es erübrigt noch, ein Wort zu sagen über das Verfahren beim Abortus arteficialis. Was die Indikationen betrifft, so sind sie überall da gegeben, wo es sich um Erkrankungen der Frau handelt, die mit grosser Wahrscheinlichkeit während der Gravidität das Leben ernstlich in Gefahr bringen, während sie durch Beseitigung des Gravitätszustandes gehoben oder doch wesentlich gebessert werden. Es würde zu weit führen, alle die zahlreichen Affektionen einzeln aufzuführen.

Die Methode der Ausführung angehend, so schliessen sie sich eng an an das, was über den natürlichen Abort gesagt wurde. Nur hat man es hier ja stets mit dem Ei in toto und mit einem völlig aseptischen Zustand der Patientin zu thun, und es ist deshalb absolut zu erstreben, auch während des Verfahrens die völlige Asepsis aufrecht zu erhalten und ferner zu versuchen, das Ei auch in toto ausgestossen zu erhalten. Für den künstlichen Abort speziell möchte sich deshalb das Duehrssen'sche Verfahren empfehlen.

Der Abort selber und seine Behandlung, wenn von Anfang an sachgemäss geleitet, darf niemals zu entzündlichen Prozessen des Uterus und seiner Nachbarschaft führen. Ein Abort ist ein Vorgang, den jede Frau absolut ohne Schaden an ihrer Gesundheit durchmachen sollte.

39 East 57th Str.

Zur Behandlung einfacher Schädeldepressionen beim Neugeborenen und Säugling durch Aspiration.

Von

Dr. H. STEUDEL, Ansonia, Conn.

Am Abend des 22. Juli 1895 wurde ich zu dem zwei Monate alten Knaben V. F. gerufen, welcher kurz zuvor aus einer Hängematte (5 Fuss hoch) mit dem Kopf auf den harten Fussboden gefallen war. Als ich hinzukam, bot sich mir ein erschreckender Anblick dar. Auf dem rechten Scheitelbeine fand sich eine 5 cm. lange, 2½ cm. breite und 2½ cm. tiefe Depression, etwas hinter dem Tuber parietale und parallel dem rechten Schenkel der Lambdanaht verlaufend. Gehirnsymptome waren nicht vorhanden, auffallend war nur der ziemlich frequente Puls (140). Ich war mir darüber klar, dass eine so enorme Depression nicht ohne Nachtheile für das spätere Leben bestehen gelassen werden könne, und sagte den Eltern, welche dringend verlangten, dass etwas geschehe, ich würde zunächst versuchen, die Deformität auf unblutigem Wege mit Hülfe der Luftpumpe zu beseitigen. Nach einigen Versuchen improvisirte ich mir einen sehr kräftige Saugwirkung zeigenden Apparat, indem ich die Luftpumpe meines Potain'schen Aspirators mittelst eines durch eine Drahtspirale verstärkten Gummischlauches mit einem Glastrichter verband. Ein Trichter von 5¼ cm. Durchmesser überragte gerade die Grenzen der Depression. Beim Auspumpen wölbte sich die Haut mächtig vor, und beim vierten Ausziehen des Stempels sprang mit lautem Schnappen der Knochen an seinen Platz. Die Haut nahm sofort nach Abnahme des Apparates ihre natürliche Farbe wieder an; eine Sugillation wie beim Schröpfkopf trat nicht auf. Ueber den weiteren Verlauf ist nur zu berichten, dass das Kind sich gut entwickelt hat und von Folgeerscheinungen bis jetzt verschont geblieben ist. An der Stelle der Depression findet sich nur eine kurze, seichte Delle, wahrscheinlich als Residuum einer Fissur.

Es mag müssig erscheinen, hier die Frage zu streifen, ob man in solchen Fällen überhaupt einschreiten soll. In weiten ärztlichen Kreisen scheint aber noch die Ansicht zu herrschen — und ich habe das auch bei dieser Gelegenheit erfahren —, dass ein actives Vorgehen unangezeigt sei, da die Impressionen im Laufe der Zeit spontan zurückgingen; pflegt man doch auch solche Neugeborene im Auditorium geburtshülflicher Kliniken cirkuliren zu lassen und in scharfsinniger Weise aus der Lage des Schädeleindrucks den Geburtsmechanismus abzuleiten, ohne dass auch nur ein therapeutischer Versuch gemacht wird. Zweifellos kann unter günstigen Verhältnissen und ohne dass es zunächst zu bedrohlichen Erscheinungen kommt, eine Restitutio ad integrum eintreten, — beim Neugeborenen jedenfalls wohl viel häufiger als beim Säugling, wo die Ossification schon weiter vorgeschritten ist — aber in einer grossen Anzahl der Fälle bleiben die Depressionen nicht nur bestehen, sondern, auch wo anfänglich Lähmungen, Convulsionen, etc. fehlten, können solche erst nach längerer Zeit hinzutreten und ev. zum Tode führen. An dieser Stelle verdienen auch die s. Z. von Weinlechner, Henoch u. A. beschriebenen Fälle erwähnt zu werden, in welchen es im Anschluss an Impressionen und die dabei fast immer vorhandenen Fissuren zu ausgedehnter Lückenbildung am Schädel ev. mit Hirnvorfall einerseits, und von der Fissur aus tief in die Gehirnsubstanz hineinreichender Gewebsveränderung andererseits gekommen war. In Betreff der spontanen Ausgleichung ist zu erwägen, ob der dabei Wochen oder Monate lang eine bestimmte Hirnregion treffende Druckinsult nicht vielleicht im Stande ist, pathologische Processe im Gehirn anzubahnen, deren Folgen erst nach Jahr und Tag in die Erscheinung treten; eine Reihe von Autoren ist wohl mit Recht der Ansicht, dass solche Verhältnisse für die Aetiologie mancher ihrer Entstehung nach dunklen Gehirnaffectionen, vielleicht auch der Epilepsie von grosser Bedeutung sind. Kurz wir haben alle Ursache der supponirten Unschädlichkeit dieser Affectionen zu misstrauen und die Verpflichtung, denselben genau dieselbe Behandlung angedeihen zu lassen, wie jeder anderen Fractur, d. h. sie einzurichten, wo wir sie finden.

Die ja nahe genug liegende Anwendung der Luftpumpe

scheint sehr selten mit Erfolg gekrönt gewesen zu sein. Wie ich nachträglich aus der Literatur ersah, empfahl sie Jennings (N. Y. Med. Record, 10. Febr. 1894) bei intra partum erworbenen Depressionen. Er selbst versuchte sie ohne Erfolg ("suction with a cupping-glass") und trepanirte, erwähnt aber einen erfolgreichen Fall von Larkin (London Lancet 1872.) Ich möchte auf Grund meines Falles die consequente Anwendung der Luftpumpe in allen Fällen von uncomplicirter Schädeldepression der Neugeborenen und Säuglinge dringend empfehlen und glaube, dass viele Misserfolge sich durch die zu schwache Saugkraft des angewendeten Apparates erklären, dieselbe lässt sich aber ja in einfacher Weise beliebig steigern, und was man nicht in einer Sitzung erreicht, erzielt man vielleicht in mehreren.

Sollte nach Versagen der Aspiration, was ja besonders bei sehr spitzwinkliger Depression vorkommen kann, Indication zum augenblicklichen Handeln vorliegen, so würde ich auch die sofortige Operation befürworten, aber nicht in der bisher geübten Weise ein Stück Knochen mit der Trepankrone entfernen, sondern in der Nähe der Depression einen Haut-Periost-Knochenlappen mit recht schrägen Rändern der späteren Adaptirung halber temporär aufklappen, mittelst eines von dieser Lücke aus eingeführten Elevatoriums den Buckel reponiren und nach Zurückbringung des Deckels die Hautwunde durch die Naht schliessen.

Leitartikel.

UEBER SUBCUTANE EINVERLEIBUNG VON NAHRUNGSSTOFFEN.

Ein Hinweis auf eine kurze Arbeit mit dem obigen Titel, von Fritz Voit, veröffentlicht in No. 31 der Münchener Medicinischen Wochenschrift, erscheint wegen der allgemeinen Wichtigkeit der behandelten Frage berechtigt.

Es erscheint begreiflich, dass man sich nach einer anderen künstlichen Ernährungsweise umgesehen hat, wenn man sich die Resultate der Untersuchungen von Voit und Bauer vorhält, wonach es nur gelingt, etwa den vierten Theil der zur Wahrung des Stickstoffgleichgewichtes nöthigen Eiweissmengen von der Mastdarmschleimhaut aus zur Resorption zu bringen.

Die früheren Versuche, Nahrungsstoffe unter die Haut einzuspritzen, von Menzel, Perco, Krueg, Whittaker und Pick, blieben vom Jahr 1879 bis 1895, wo Leube dieselben wieder aufnahm, ohne Nachfolger. Voit hat nun auf Ziemssen's Veranlassung hin, diese Versuche wieder aufgenommen, und hat gefunden, dass man bis zu 1000 ccm. 10-prozentiger Traubenzuckerlösung ohne ersichtlichen Nachtheil dem menschlichen Körper subcutan zuführen kann. Ein mässiges Gefühl des Brennens und eine gewisse Schmerzhaftigkeit der Massage, welche zur Verdrängung nöthig ist, sind die Hauptschäden. Eine Glycosurie trat erst bei der Einführung von 100 Gramm Traubenzucker auf, in Form von 1000 ccm. einer 10-prozentigen Lösung, worauf 2,6 Gr. im Harn ausgeschieden wurden, während bei geringeren Mengen die Einführung von Traubenzucker von keiner nachweisbaren Glycosurie gefolgt war. 100 gr. Traubenzucker aber, entsprechen einer Zufuhr von 410 Calorieen, also fast dem dritten Theil der Calorieenmenge, welche ein körperlich herabgekommener Mensch bei völliger Ruhe nöthig hat.

Diese Versuche sind von hohem allgemeinem Interesse, und hoffentlich ist die praktische Ausnützung derselben in nicht allzuweiter Ferne.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse. — Montag, den 6. Januar 1896.
Präsident: Dr. Willy Meyer.

(Fortsetzung und Schluss.)

DEMONSTRATION VON APPARATEN:

Dr. M. Gross: Eine neue Magendouche.

Der Apparat besteht aus:

1) Zwei geaichten Zuflussgefässen in denen die zuzuführende Flüssigkeit unter einem constanten genau zu controlirendem Drucke steht, indem man die Behälter am besten mit einem Condenser in Verbindung bringt oder indem die Gefässe mittelst Rollen so hoch als erwünscht angebracht werden.

2) Gefässe, um eventuell Flüssigkeit von verschiedenen Temperaturen abwechselnd dem Magen zuführen zu können, oder um eine Nachwaschung nach etwa eingeführten heimischen Flüssigkeiten vornehmen zu können.

3) Aus einem aus einem Stücke verfertigtem Doppelschlauch. — Der äussere — Zuflussschlauch — in einer Länge von 6—7 cm. von zahlreichen kleinen Zuflussöffnungen durchbohrt; der innere — Abflussschlauch — führt 3/ in ein geaichtes Auffanggefäss um die Menge der abgeflossenen Flüssigkeit zu controliren. Einführung des Schlauches: Man misst die Länge des Schlauches vom 8—9 Brustwirbel bis zur Zahnreihe des Patienten ab und markirt mit dem „Beisser." — Der darauf eingeführte Schlauch erreicht die Cardia; durch Einblasen durch den inneren Schlauch überzeugt man sich, ob das Schlauchende die Cardia eben passirt hat, indem dann die eingeblasene Luft nicht mehr so leicht nach oben entweicht; hierauf wird einige Mal hineingeblasen um den Magen nach Möglichkeit zu entfalten, und der Schlauch um 6—7 cm. — dire Länge des durchbohrten Theiles — vorgeschoben; der Schlauch hängt dann frei in die Magenhöhle hinein und übersieht — so zu sagen — das Feld der Operation.

Die Hauptvortheile des Schlauches sind:

I. Man erreicht mit der eingeführten Flüssigkeit das Magen-Innere in allen seinen Theilen.

II. Man operirt bei stets leerem Magen, da die eingeführte Flüssigkeit einen sofortigen Abfluss durch den inneren Schlauch findet.

Thatsächlich gebrauche ich in der letzten Zeit meinen Schlauch ausschliesslich in allen Fällen, in denen sich Indicationen zur Einführung des gewöhnlichen Magenschlauches ergeben, da eine gründliche Bespülung das Magen-Innere mit dem gewöhnlichen Schlauche in den meisten Fällen nicht bewerkstelligt werden kann, wovon ich mich mehrmals — so besonders bei chronischen, schleimigen Katarrhen, bei Dilatationen und bei acuten Vergiftungen — zu überzeugen Gelegenheit hatte.

2. Dr. J. Kaufmann: Ueber motorische Störungen des Magens.

Discussion. Dr. Max Einhorn: Der Vortrag des Herrn Dr. Kaufmann hat mich sehr interessirt, ich möchte aber sagen, dass ich in mancher Beziehung anderer Ansicht bin. In Bezug darauf, dass alle funktionellen Krankheiten oder viele von ihnen eine anatomische Grundlage haben sollen, wie dies in der letzten Zeit von Boas hervorgehoben worden ist, möchte ich doch sagen, dass manche der Störungen, die man später patologisch-anatomisch vorfindet, nicht die Ursache, sondern eventuell die Folge dieser Zustände sind. Es ist ja klar, dass sich auch in funktionellen Störungen anatomische Prozesse abspielen werden, die eben als Folgezustände zu betrachten sind. Wir sehen das bei allen Organen, die viel zu arbeiten haben: sie hypertrophiren. Nun könnte man doch nicht sagen, dass die Hypertrophie die Ursache der verstärkten Arbeit ist, sondern im Gegentheil die verstärkte Arbeit bewirkt Hypertrophie. Wenn durch irgend welche Ursache, die wir nicht kennen, nervösen Einfluss oder dergleichen, die Magenschleimhaut veranlasst werden sollte viel Saft zu secerniren, dann ist es sehr wahrscheinlich, dass die Organen, die das zu besorgen haben, auch mit der Zeit hypertrophisch werden. Insofern werden sich die Zellen vermehren u. s. w. Derartige Veränderungen sind vorgefunden worden. Ich glaube, dass Edinger in Bezug auf nervöse Störungen des Rückenmarks ähnliche Theorien ausgesprochen hat, und denke ich, dass auch hier analog eine ähnliche Erklärung zu finden sein wird. Es ist auch so mit dem Zustand der Achylia gastrica, wo der Magen nichts absondert; da findet man auch zuweilen eine atrophische Schleimhaut, — es sind noch nicht sehr viele Sektionen gemacht worden, wo man den Prozess während des Lebens Jahrelang verfolgt hat — ich habe aber eine Patientin gehabt, bei der Jahre hindurch keine Sekretion da war und später die Sektion das bestätigte. — Aber ich würde auch da noch nicht sagen, dass der Zustand der Achylie von vorn herein auf Grund der Atrophie bestanden hat, sondern es mag im Gegentheil ursprünglich ein nervöser Prozess gewesen sein, der zum Aufhören der Salzsäuresekretion geführt hat, und endlich, nachdem die Drüsen jahrelang nicht funktionirt haben, sind sie wirklich untergegangen. Indess dies ist nebensächlich. Es würde mich zu weit führen, wenn ich die Sache weiter ausführen wollte.

Ich möchte nun noch ganz kurz auf die motorische Funktion des Magens eingehen. Ich stimme da mit Dr. Kaufmann ganz überein.

dass die motorische Funktion jedenfalls eine grössere Bedeutung hat als die sekretorische. Aber wenn ich so zu sagen nicht die Schwere der Affektion betrachten soll, sondern die Häufigkeit, so würde ich sagen, dass da die motorische Funktion eigentlich unter der sekretorischen steht. Die sekretorischen Störungen sind sehr häufig, wir haben mit ihnen täglich zu thun, und sie bilden das Gros der Störungen auf dem Gebiete der Magenleistung. Dagegen bildet die motorische Funktion, wenigstens da, wo sie wirklich von Bedeutung ist, nur einen sehr kleinen Bruchtheil der Fälle. So weit ich die Sache übersehen kann, scheint es mir, dass der Gährungsprozess, der zur Zerstörung der Verdauung und zu einer dauernden Schädigung des Organismus führen kann, fast ausschliesslich auf mechanischen Störungen basirt. Ich glaube kaum, dass Störungen der motorischen Funktion durch Schwächezustände der Muskulatur des Magens allein dauernd da sein können. Ich meine solche, die dazu führen, dass Speisen über Nacht im Magen bleiben, zur Zersetzung führen und der Magen niemals leer wird. Ich glaube nicht, dass derartige Zustände auf die Dauer fortbestehen können. Der Organismus hilft sich da gewöhnlich selber, zuweilen unter geeigneter Behandlung. Aber wo wir machtlos dastehen oder schwer dahin kommen etwas zu erreichen, ist da, wo eine Verengung oder ein Geschwür am Pylorus vorhanden ist, welches gleichfalls dieselbe Folge haben kann, eine Verringerung des Speisedurchtritts. Ich habe diese Fälle in meinem Vortrag hier im vorigen Jahr vorgeführt und schlug da den Namen Ischochymia vor, um das noch deutlicher auszudrücken, eine Zurückhaltung des Speisebreis im Magen, um damit den Wert der motorischen Funktion nicht auf die Ausdehnung des Organs, sondern auf die Dauer des Aufenthalts der Speise im Magen zurückzuführen.

Ich möchte da noch einen Punkt berühren, in welchem ich nicht derselben Ansicht bin wie Dr. Kaufmann. Wenn man im Magen des Morgens Flüssigkeit findet, so sagt Dr. Kaufmann, dass das als motirische Störung zu betrachten sei. Ich bin nicht dieser Ansicht, und zwar aus dem Grunde, weil man zuweilen Patienten findet, bei denen die motorische Funktion gesteigert ist, wo also der Magen zu früh leer wird und doch des Morgens Magensaft reichlich gefunden wird. Ich habe solche Fälle längere Zeit beobachtet und glaube, dass diese Zustände auseinander zu halten sind. Es kommt ja vor, dass hypersekretorische Zustände vorhanden sind infolge von Ulcus oder Narben, und da ist zugleich auch eine Zurückhaltung des Inhalts vorhanden. Beide Zustände können nebeneinander laufen. R e i n h y p e r s e k r e t o r i s c h e Z u s t ä n d e können jedoch vorkommen o h n e M o t i o n s s t ö r u n g.

Dr. Gross: Dr. Kaufmann hat die Contraction des Pylorus als eine der Ursachen der motorischen Störung des Magens angeführt. Ich habe einige derartige Fälle beobachtet, wo einzig nur allein eine länger dauernde Contractur des Pylorus-Muskels die Ursache der motorischen Störung war. — Besonders finden wir dies bei den mit Hyperchlorhydrie

einhergehenden Störungen der Magen-Secretion. — Die Magen-Musculatur ein Hinderniss am Pylorus findend antwortet anfangs mit verstärkter Peristaltik—durch eine leichte Hypertrophie mag wohl von Anfang an die Compensation hergestellt werden; mit der Zeit aber — besonders bei genügend langer Dauer der Contractur — genügt die Compensation nicht; in solchen Fällen nun, treten Motolitatstörungen mehr oder minder schweren Grades auf.

Dr. J. Kaufmann (Schlusswort): Die Zeit wird nicht ausreichen, auf alle Einwände einzugehen. Ich möchte nur den einen Punkt nochmals hervorheben, den ich in erster Linie klarstellen wollte, dass die Betonung der secretorischen Störungen in der Litteratur eine zu starke ist. Wenn man alle Fälle, bei denen ein zu hoher procentualer Salzsäuregehalt gefunden wird, als secretorische Störungen bezeichnet, so sind in der That die secretorischen Störungen in der Mehrzahl. Aber das sind eben nicht alles secretorische Störungen, gerade das habe ich auseinandersetzen wollen. Was wir nachweisen können ist lediglich das eine, dass ein Mageninhalt einen zu hohen Procentgehalt an Salzsäure hat, dass aber in jedem solchen Falle wirklich zu viel Salzsäure abgesondert wurde, d. h., dass eine Secretionsanomalie vorliegt, dafür muss der Beweis noch erst erbracht werden. Betreffs der Hypersecretion möchte ich darauf hinweisen, dass auf der ganzen Linie bereits zum Rückzug geblasen wird. Wenigstens wird für die chronische Hypersecretion jetzt von vielen Seiten zugegeben, dass der wesentliche Moment in der Behinderung der Magenentleerung liege, mit anderen Worten, dass es sich um eine motorische und nicht um eine secretorische Störung handle. Meiner Ansicht nach gilt dasselbe für den periodischen Magensaftfluss. Man muss sich einmal überlegen, wie dieses Krankheitsbild diagnosticirt wird. Der Nachweis der Hypersecretion wird meist so erbracht, dass man am Abend den Magen reinigt und sorgfältig spült. Am nächsten Morgen findet man in demselben Magen unter Umständen bis zu einem halben Liter Flüssigkeit vor. Nun wie soll man sich das vorstellen? Soll in der Zwischenzeit von etwa zehn Stunden permanent eine Secretion vor sich gehen und der abgesonderte Magensaft zwischendurch immer wieder aus dem Magen entleert werden? Es müsste dann eine ungeheure Quantität von Magensaft abgesondert werden, um am Morgen noch solche Quantitäten Flüssigkeit vorfinden zu können. Schreiber hat schon darauf aufmerksam gemacht, dass das ein Theil des Spülwassers ist, welches im Magen liegen geblieben ist. Dass die Flüssigkeit im Magen zurückbehalten wird, darin liegt das Hauptmoment und ich glaube, dass in dieser Hinsicht für alle Fälle von sogenannter Hypersecretion die Auffassung des pathologischen Zustandes dieselbe sein sollte.

3. Dr. F. Krug: Der moderne Stand und die Indicationen der Uterus-Extirpation.

Diskussion: Dr. F. Lange: Meine Herren! Ich stehe ja den Fragen, die Dr. Krug berührt hat, nicht in dem Masse nahe, wie er

selber, aber ich habe doch auch im Lauf der Jahre einiges gynaekologisch gearbeitet, und da muss ich sagen, dass der radikale Standpunkt, den Dr. Krug in allen berührten Punkten eingenommen hat, mir doch in mancher Beziehung der Einschränkung bedürftig zu sein scheint.

Was zunächst die Technik bei malignen Prozessen anbetrifft, so glaube ich, kann man keine andere Indikation aufstellen, als dass man möglichst im Gesunden zu operiren hat. Dass man prinzipiell die sakrale Methode oder die pararectale Methode nicht verwenden soll, kann ich nicht verstehen. Nach meinen praktischen Erfahrungen schliesst der Uebergang des carcinomatösen Prozesses auf die Seitengewebe des Uterus das operative Vorgehen nicht aus. Ich habe selber einige Fälle operirt, bei denen es gelang, jahrelang das Leben zu verlängern, wo es bei der sakralen Methode möglich war, die Ureteren aus den carcinomatösen Massen herauszuschälen und die Operation mit einer Gründlichkeit auszuführen, wie sie weder von oben, noch durch die Scheide ausführbar gewesen wäre. Ich muss auch für die pararectale Methode, wenn ich als pararectal die bezeichnen soll, die von Dr. Schuchardt beschrieben worden ist, und welche darin besteht, dass man sämmtliche Weichtheile durch die Scheide neben dem Rektum hin bis in das hintere Scheidengewölbe hindurch spaltet, doch den Vorzug behaupten, dass sie entschieden einen besseren Zugang bewährt und die Operation ausserordentlich erleichtert, zumal in den Fällen, in welchen man durch Infiltrationszustände darauf angewiesen ist, sich einen möglichst weiten Zugang zu schaffen, namentlich aber auch bei enger Scheide. Es gibt Fälle von Uterusexstirpation, bei denen das Organ nicht folgt, die Scheide eine enge ist, und man ausserordentlich technische Schwierigkeiten zu überwinden hat, um an das Operationsgebiet heranzukommen, und ohne diesen Schnitt leicht eine Operation ausführt, die man nicht übersieht und beherrscht. Dass der operativ anticipirte Klimax auf die Entwickelung von Fibroiden keinen Einfluss haben soll, überrascht mich, von einem Schüler von Hegar zu hören. Ich muss sagen, in einigen Fällen, in denen ich die Operation ausgeführt, haben sich diese Fibroiden nicht weiter entwickelt, und ich habe auch andere Fälle gesehen und darüber berichten hören, wo grosse Tumoren geschwunden sind. Die Operation der breit aufsitzenden Fibroidentumoren glaube ich hier in New York wohl zuerst in die Hand genommen zu haben. Ich habe gerade diese Tumoren in ziemlich grosser Zahl im Laufe der Jahre operirt. Die Herren Gynaekologen machten sich an diese Fälle vor einer Reihe von Jahren nicht heran, und gerade auf diesem Gebiet glaube ich einige Erfahrung zu haben. Die Erfolge, welche man bei diesen sonst trostlosen Fällen erreichen kann, sind jedenfalls den Einsatz werth.

Ich möchte da nur noch hervorheben, dass mir eine Schnittführung für gewisse Fälle dieser Art ganz ausserordentlich wertvoll zu sein scheint, das ist die Bardenheuer'sche quere Schnittführung, in den Fällen, in denen ein grosser Tumor im Becken eingekeilt ist, und das Peritoneum sehr hoch nach oben geschoben hat. Da kommt man

vermöge dieser Schnittführung verhältnissmässig früh an die Uterinarterien heran, wie überhaupt in der ganzen Technik dieser breit aufsitzenden Tumoren das Arbeiten nach den Uterinarterien der Schlüssel für den Angriff ist. Auch bei anderen schwierigen Operationen, wo wir grosse Blutungen erwarten, suchen wir ja durch frühzeitige Blosslegung der grossen Gefässe diese Gefahr möglichst zu beseitigen.

Dass unter Umständen eine Uterusamputation mit der Entfernung der Ovarien die Gefahr der Blutungen nicht vollständig beseitigt, darüber bin ich durch einen ganz instructiven Fall belehrt worden. Es war bei einer Patientin, die ich früher hier gesehen hatte, die sich aber in New York nicht operiren lassen wollte, in Wien die supravaginale Amputation des Uterus gemacht worden. Sie kam nach New York zurück mit einer Fistel, aus der sie, wie sie sagt, wiederholt alarmirende Blutungen gehabt hatte. Man konnte von der Scheide aus eine grosse Masse schwirrender Gefässe fühlen. Ich machte in meiner Office eine sorgfältige Sondirung dieser Fistel, was eine ganz starke Blutung zur Folge hatte. Die Frau liess sich dann in meine Privatanstalt aufnehmen, und ich wiederholte die Untersuchung sehr vorsichtig. Es trat wieder eine Blutung ein. Die Frau bekam dann in der Nacht darauf eine spontane Blutung, an der sie beinahe zu Grunde ging. Sie wurde in solchem Grade anämisch, dass auch durch Excitantien und Infusionen der gefahrvolle Zustand nicht zu heben war. Die Blutung bestand weiter, und ich entschloss mich zur Unterbindung der Uterinarterien, die sich gut ausführen liess. Die Patientin erlag aber einem zunehmenden Schwächezustand. Wie diese kolossale Dilatation der Gefässe durch Entfernung des Uterus und der Ovarien gar nicht beeinflusst worden ist, ist mir nicht recht erklärlich. Ich glaube auch nicht, dass viel daran geändert worden wäre, wenn man den kleinen Rest von Uterusgeweben, der noch da war, entfernt hätte. Die totale Exstirpation des Uterus von unten her bei entzündlicher Erkrankung der Annexa hat gewiss den Vorteil, dass sie die Technik erleichtert und das Operationsgebiet zugänglicher macht. Ich möchte aber doch fragen, ob in einem solchen Masse unbefriedigende Resultate aus früheren Jahren bei der Entfernung nur der Annexa vorliegen, dass das allein die Indikation für dies radicale Vorgehen abgegeben hat. Wenn man die früheren Statistiken liest, möchte man das nicht glauben.

Dr. Garrigues: Meine Herren! Der Redner hat sich mit beneidenswerter Sicherheit über alles ausgesprochen. Alles ist entweder gut oder schlecht. Ich glaube, wir müssen sehr häufig einräumen, dass eine Sache hauptsächlich gut sein kann, aber auch ihre schwachen Seiten hat, und wir müssen nach beiden Seiten sehen.

Ehe ich auf die Sache weiter eingehe, möchte ich vorübergehend eine Bemerkung mit Bezug auf die Trendelenburgsche Lage machen. Trendelenburg's grosses Verdienst besteht darin, dass er diese Lage sehr popularisirt und ihren grossen Wert gezeigt hat, er ist aber nicht

der Erfinder davon. Das Verfahren ist von Bardenheuer in einem Buch beschrieben, das im Jahre 1881 erschienen und welches den Titel hat: „Die Drainirung der Peritonealhöhle." Ich entsinne mich ausserdem gelesen zu haben, dass jemand Billroth diese Operationsmethode früher in Wien hat benutzen sehen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass diese Methode ursprünglich von Wien ausgegangen ist.

Dr. Krug sagt apodiktisch, dass die apostolische Behandlung, also mit starker Elektricität, nutzlos sei. In dem Punkte kann ich nicht mit ihm einverstanden sein. Ich habe vorzügliche Resultate damit erreicht. Ich habe sogar ein Fibroid, das so gross war wie eine mittelgrosse Orange, vollständig verschwinden sehen, und in vielen Fällen dieser Tumoren die Symptome, hauptsächlich Schmerzen und Blutungen, verschwinden sehen. Ich möchte dies aber nicht so aufgefasst haben, als wäre ich ein begeisterter Anhänger oder gar ausschliesslicher Ausüber dieser Methode. Ich glaube, dass sie ihre ganz bedeutenden Gefahren hat. Ich habe einen Uterus gesehen, wo sie entschieden sehr gefährlich gewesen wäre. Da waren mehrere grosse Geschwülste im Uterus, und an einer Stelle war die ganze Uteruswand zwischen ihnen nicht mehr als ein Achtel Zoll dick. Wenn wir nun zufälligerweise eine solche Stelle mit unserer Platinasonde erreichten und diese Kauterisation ausführten, so würden wir die allergrösste Gefahr laufen, geradezu durch die Wand des Uterus zu gehen. Ich möchte auch darauf aufmerksam machen, dass mitunter locale Peritonitis entsteht und wenn, was mitunter vorkommt, die Behandlung nicht gelingt, und eine Operation angeschlossen wird, dann ist diese natürlich bedeutend dadurch erschwert und weniger gut in der Prognose.

Die Methode, die Menopause hervorzurufen, durch Oöphorektomie, ist gewiss selten geworden, wahrscheinlich fast als aufgegeben zu betrachten; aber wenn wir die Sache geschichtlich sehen, so können wir da auch nicht sagen, dass die Behandlung nutzlos wäre, denn wir haben von bedeutenden, durchaus glaubwürdigen Leuten eine sehr wertvolle Statistik aus den Jahren, wo die Operation allgemein ausgeführt wurde und wo man noch nicht so gute Resultate durch radikale Operationen erreichte.

Was die Indikation Prolapsus anbelangt, so bin ich mit dem Redner ganz einverstanden, dass man das bei jungen Frauen nicht thun soll. Es gibt verschiedene Weisen, wie man den Uterus erhalten kann, was entschieden besser ist.

Was die letze Indikation, Beckenentzündung, anbetrifft, so ist das wohl im allgemeinen als grosse Errungenschaft zu betrachten. Ich habe vor Jahren verschiedene Fälle gehabt, bei denen ich beide Annexa mit einigem Erfolge entfernte, aber dennoch bei weitem nicht befriedigende Resultate erreichte. Sie fuhren fort, sehr bedeutend zu leiden, und ich habe später die Exstirpation des Uterus angeschlossen und dadurch viel gewonnen. Ich glaube, dass es ein bedeutender Fortschritt ist, wenn beide Annexa angegriffen sind, zugleich den Uterus zu entfernen. Ich möchte aber wiederum darauf aufmerksam machen,

dass nicht alles so rosenrot ist. Mitunter hat man da auch übele Fälle. Ich habe z. B. einen Fall gehabt, wo die linke Niere nach der Hysterektomie beweglich wurde, und es ist eine interessante Frage, ob sich das nicht öfter herausstellen wird. Der Uterus nimmt ja doch einen bestimmten Raum ein. Nun nehmen Sie den weg, folglich sinken die Contenta des Abdomens herunter, und das könnte schon zu bewegliche Nieren Anlass geben.

Dr. Brettauer: Bezüglich der Indikationen zur Operation bei maligner Erkrankung der Gebärmutter bin ich mir noch nicht recht schlüssig geworden, wo die Grenze zum Operiren liegt. Ich habe in den letzten paar Jahren die anscheinend günstigsten Fälle operirt, Fälle wo gar kein Zweifel war, dass die Erkrankung nur auf eine Lippe, entweder die vordere oder hintere begrenzt war. Die Operation war so leicht, dass man sie in ein paar Minuten ausführen konnte. Diese Fälle zeigten nach einem Jahr schwere Recidive und starben. Daneben erinnere ich mich gerade jetzt eines anderen anscheinend weit vorgeschrittenen Falles; die Frau, die ich vor 2½ Jahren operirt habe, lebt heute noch vollständig gesund, ohne Recidiv. Ich habe in der letzten Sitzung ein Präparat vorgestellt, und dabei gefragt, ob es nicht besser wäre, in allen Fällen von oben einzugehen, die Ureteren beiderseits frei zu präpariren, zu isoliren, und den Uterus mit beiden Ligamentlappen zu entfernen. Ich habe das auch in einem Fall gethan, den ich als inoperabel per vaginam hätte betrachten müssen. Ich bin dabei so vorgegangen, dass ich die Uretern isolirte, dann nach Unterbindung der Uterinarterien nahe ihrem Ursprunge die Vagina ringsum von Rektum und Blase löste und dann den Uterus mit einem Schlauch der Vagina, auf die die Neubildung schon übergegangen war, entfernte. Die Frau hatte nach drei Monaten ein Recidiv. Ich freue mich zu hören, dass Dr. Lange auch bei anscheinend vorgeschrittenen Fällen noch günstige Resultate, d. h. Verlängerung des Lebens für einige Jahre erreicht hat. Ich habe das auch in günstigen Fällen nur selten erreicht.

Bezüglich der Indikationen zur Hysterektomie bei doppelseitiger entzündlicher Erkrankung der Annexe, stimme ich mit Dr. Krug überein. Er sagt, der erkrankte Uterus muss exstirpirt werden, nur bin ich der Ansicht, dass der Uterus nicht immer erkrankt ist, wenn beide Annexe erkrankt sind. Ich möchte den Indikationen von Dr. Krug noch eine andere beifügen: Das ist da, wo wir von Neurologen ersucht werden, wegen menstrualen Psychosen die Kastration zu machen. In diesen Fällen ist es leichter und schneller gethan, den Uterus per Vaginam zu entfernen und die vaginale Kastration zu machen.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ich hatte seiner Zeit das Glück, Assistent von Prof. Trendelenburg zu sein, als die seinen Namen führende Lagerung noch in den Anfängen war. Ich hatte auch später als erster Assistent der Klinik die Ehre, sie zuerst im Jahre 1884 veröffentlichen zu dürfen. Es ist bekannt, dass hier und da schon einer vorher auf die Idee gekommen war, für bestimmte intra-abdominale Operationen

das Becken zu erhöhen. Ich kann aber konstatiren, dass Trendelenburg der erste war, der in rein methodischer Weise darauf kam, das Becken so weit zu erhöhen, dass man mit Leichtigkeit tief im Becken oder in der Blase arbeiten kann, und auch der erste, der vorschlug, für Uterusgeschwülste etc. so vorzugehen. Man hat kein Recht, an seiner Priorität zu mängeln. Die Lagerungs-Methode wird für immer, und das mit Recht, seinen Namen führen.

Dr. Krug (Schlusswort): Ich möchte nur auf einige Bemerkungen antworten. Für die Trendelenburg'sche Lage habe ich mich genügend interessirt, zwei Vorträge darüber gehalten und genau nachgesehen, wem der Kredit dafür gebührt. Dass gelegentlich schon im grauen Altertum Leute auf den Kopf gestellt worden sind, ist ausser Frage. Aber das Verdienst, die Beckenhochlagerung wissenschaftlich verstanden und andere veranlasst zu haben, dieselbe Lage bei obdominalen Operationen zu adoptiren, dieses Verdienst gehört Trendelenburg und niemand anders, und daran kann niemand etwas schmälern.

Was die Bemerkung des Herrn Dr. Lange anbelangt, so stehen wir ziemlich auf demselben Standpunkt. Dr. Lange wie ich, wir versuchen in Carcinom-Fällen, wo bereits Infiltration der Ligamente und mangelhafte Beweglichkeit vorhanden ist, die beste Freilegung des Operationsfeldes. Nur disputiren wir über die Art und Weise, wie das am besten geschehen kann. Kollege Lange glaubt das am besten durch die sakrale und parectale Methode gelegentlich erreichen zu können. Ich muss gestehen, dass in allen Fällen, die ich gesehen habe, niemals ein so ausgedehnt schönes Operationsfeld erreicht wurde, wie bei der abdominalen Methode mit Beckenhochlagerung.

Hinsichtlich der Ausdehnung maligner Erkrankungen, ist es allerdings schwer zu sagen, in welchen Fällen wir noch radikal vorgehen und in welchen Fällen wir zu palliativen Methoden greifen sollen. Dem betreffenden Operateur muss es überlassen bleiben, in welchem Fall er mit Rücksicht auf die gegebenen Verhältnisse den vaginalen oder abdominalen oder combinirten Weg einschlagen will. Wenn jedoch die Erkrankung auch in das Rektum, die Blase und andere Beckenorgane hinein gewuchert hat, dann ist mit dem Versuch einer totalen Exstirpation nichts gewonnen; in solchen Fällen ise es bei weitem das beste für die Patientin, wenn wir mit scharfem Löffel und Paquelin das entfernen, was der Frau Beschwerde macht, und mit vernünftiger Behandlung habe ich Frauen noch 3½ bis 4 Jahre nach der ersten konstatirten radikal-inoperablen Erkrankung erhalten können. In solchen Fällen haben andere Operateure Steissbeinresektionen versucht, aber die Frauen haben nie länger als drei Tage nach der Operation gelebt.

Dem Einwand, dass auch mit Uterusexstirpation bei Fibroid nicht immer alles kurirt sei, wie Dr. Lange bemerkte, muss ich entgegenhalten, dass in dem von ihm angeführten Fall nur eine supravaginale Amputation stattgefunden, dass also die Uterinarterien nicht unterbunden waren. Gerade derartige Erfahrungen haben mich frühzeitig veran-

lasst, die totale Exstirpation, nicht supravaginale Amputation zu verfolgen.

Obgleich ein Schüler Hegar's, muss ich gestehen, dass Kastration bei Fibroiden den Erwartungen nicht entspricht, obgleich sie in einigen Fällen Gutes geleistet hat. Das Bessere ist eben immer der schlimmste Feind des Guten. Die Thatsache, dass ich in einer Reihe von Fällen nachträglich den Uterus habe exstirpiren müssen, wo früher von anderen Kastration vorgenommen war, ist ein weiterer Beweis.

Ein weiterer Punkt ist die Nothwendigkeit der Uterusexstirpation bei doppelseitiger, entzündlicher Erkrankung der Adnexa.

Statistiken trügen, und es kommt genau darauf an, in welcher Klasse von Fällen man operirt; im Anfang als die Laparotomie aufkam, sind haufenweise Tuben exstirpirt worden, die wir heute niemals gerechtfertigtermassen exstirpiren würden. Dass aber in schweren Erkrankungen, die der gewiegte Chirurg als Indikation zu beiderseitiger Kastration der Frau ansieht, die Resultate wirklich nicht so glänzend sind nach Zurücklassung des erkrankten Uterus, ist eine Thatsache. Wenn Kollege Brettauer sagt, dass es Fälle gibt, wo bei schwerer, beiderseitiger Erkrankung der Tuben der Uterus verhältnissmässig gesund erscheint, so gebe ich das zu. Doch da kommt eine andere Indikation hinzu. Dies sind durchwegs Streptococcus Infektionen. Nach Ausschälung der Eitertuben bleiben flächenhaft blutende Defekte der Peritinealauskleidung des Beckens zurück. Ausgiebige Drainage ist hier nothwendig und diese wird nur nach Exstirpation des Uterus erreicht.

Die Bemerkungen des Herrn Dr. Garrigues in Betreff der elektrischen Behandlung der Fibroide, glaubte ich als eine Empfehlung der Methode auffassen zu sollen, doch sprechen die Gründe, die er dafür angeführt hat, so stark gegen die elektrische Behandlung, dass ich kein Wort darüber verlieren möchte.

Ueberreichung von Diplomen, Schluss und Vertagung.

---

17 West 43. Strasse. — Montag, 3. Februar 1896.
Präsident: Dr. Willy Meyer.

Sekr. Dr. E. Bachmann verliest das Protokoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Hierauf verliest der Sekretär das Protokoll der Verwaltungsrat-Sitzung vom 17. Januar.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ich werde die Beschlüsse des Verwaltungsrats nachher zur Abstimmung bringen.

1. VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

a) Dr. C. Beck: EIN FALL VON SUBPHRENISCHEM ABSCESS.

Meine Herren! Indem ich der freundlichen Aufforderung des Präsidenten Folge leiste, erlaube ich mir einen Fall von subphrenischem Abscess vorzustellen. Ich habe schon einmal vor vier Jahren das Vergnügen gehabt, dieser selben Gesellschaft einen Fall von subphreni-

schem Abscess zu präsentiren. Es war ein gleichaltriger Patient, und die etiologische Ursache des Abscesses war wahrscheinlich auch eine gleiche wie hier, nämlich cholangioitisch. Wenn ich mir im Allgemeinen eine Bemerkung über subphrenische Abscesse gestatten darf, so möchte ich sagen, dass, wenn man die spärliche Literatur über subphrenische Abscesse überschlägt, man den Eindruck gewinnen könnte, als ob dieselben eine ungeheure seltene Erscheinung wären. Es scheint mir aber beinahe, dass es sich heut zu Tage mit dem subphrenischen Abscess so verhält, wie vor Jahren mit der Appendicitis. Ich kann mich aus meiner Studentenzeit erinnern, dass wir dachten, wenn wir von Appendicitis hörten, dass wir kaum im Leben je einen Fall von veritabler Appendicitis mit obligatem Traubenkern auf dem Autopsietisch sehen würden, geschweige denn, einen solchen in vivo beobachten würden. Ich glaube, dass, wenn es gelingt, die breiteren Schichten des ärztlichen Publikums für diesen höchst interessanten Gegenstand zu interessiren, sich die Beobachtungen hierüber ausserordentlich vermehren werden. Ich will damit durchaus nicht sagen, dass die Diagnose eines subphrenischen Abscesses eine leichte ist. Unter vier Fällen, die ich bis jetzt operirt habe, habe ich nur ein einziges Mal, und zwar in diesem speziellen Falle, die Diagnose vor der Operation stellen können. Es war eine Reihe Symptome vorhanden, welche auf Vorhandensein von Eiter hinwiesen, aber es war durchaus nicht sicher, dass der Eiter sich im Subphrenum befinden sollte. Zumeist wird wohl an Phtise und an Pyothorax gedacht. Das Bild des subphrenischen Abscesses ist ausserordentlich proteusartig, und es ist Maydl sehr zu danken, dass er vor kurzem in einer vortrefflichen Arbeit auf den verschiedenen Ursprung der Abscesse hingewiesen hat. Er hat die etiologischen Ursachen in 12 verschiedenen Gruppen eingeteilt, in Abscesse von stomachalem, intestinalem, perinephritischem Ursprung, von solchen, die von Wunden des Subphrenum herrühren, von metastatischem Ursprung, ferner eine Gruppe, wo allerlei verschiedene Abscesse eingereiht waren, deren genauen Ursprung man nicht angeben konnte. Wenn Sie mir erlauben, werde ich nun die Krankengeschichte dieses Falles kurz verlesen. (Liest.)

Die Krankengeschichte des vorgeführten Falles ist folgende:

Patient aus New York, 31 Jahre alt, Buchhalter, unverheirathet. Familiengeschichte gut. Nach dem Bericht seines Hausarztes traten die ersten Schmerzanfälle am 24. März 1895 mit grosser Vehemenz in der rechten Seite auf. Auch war Brechreiz und rapider Puls vermerkt worden. Nach Darreichung von Morphium verschwanden diese Symptome alsbald wieder. Die Diagnose wurde damals auf Gallensteincolik gestellt. Nachdem Pat. nachher seine Arbeit wieder auf volle 3 Wochen aufgenommen hatte, wurde er plötzlich abermals von denselben intensiven Schmerzen an derselben Stelle befallen. Die Temperatur soll damals 101 betragen haben und der Puls soll wiederum sehr rapid gewesen sein. Nur bestand der Schmerz dieses Mal mit wechselnder Heftigkeit 10 Tage lang. Erst nach Ablauf dieser

Zeit konnte Pat. dieses Mal wieder seiner Beschäftigung nachgehen. Schon 4 Tage nach der Wiederaufnahme der Arbeit stellten sich die alten Schmerzen wieder ein. Nunmehr gesellte sich aber auch Dyspnoe hinzu, welche sich alsbald bedeutend steigerte.

Am 3. Mai fand ich folgenden status praesens:

Grosser Mann, in ziemlich erschöpftem Zustande, ungefähr 140 Pfd. schwer. Gesicht zeigt leicht braungelbes Colorit. Zunge dick belegt. Kein Appetit. Das rechte Hypochondrium ragt nicht hervor. Kein Husten vorhanden. Spärliche Expectoration. Temperatur 99,5, Puls 126, Respiration 64 in der Minute — also beträchtliche Athemnoth.

Die Percussion ergibt vorn vollständige Dämpfung von dem oberen Rande der vierten Rippe bis zur Nabelhöhle.

Derselbe Befund in der Axillarlinie. In der Paravertebrallinie vollständige Dämpfung von der spina scapulae bis hinunter zum Dornfortsatz des elften Brustwirbels. Stimmfremitus ist über der ganzen Dämpfungszone nicht wahrzunehmen. Von der vierten Rippe an aufwärts zur Supraclaviculargegend ergab die Percussion normale Verhältnisse. Das Athemgeräusch ist vesicullar, nur finden sich Ronchi und rauhes Expirium. Hinten finden sich dieselben Verhältnisse. Weder amphorische noch metallische Phänomene können wahrgenommen werden. Wurde Pat. auf die linke Seite gelegt, so trat an Stelle der Dämpfung tympanitischer Schall von dem oberen Rande der neunten Rippe an abwärts.

Urin spärlich. Kein Eiweiss. Obstipation. In Anbetracht der Temperaturschwankungen, der Schmerzen, der Dämpfung und der Krankengeschichte überhaupt, lag der Gedanke an einen Abscess nahe. Die subdiaphragmatische Localisation desselben war naheliegend, da absolut gar keine respiratorische Störungen mit Ausnahme der Dyspnoe, welche sich ja sehr leicht durch den Druck des Abscesses erklären liess, vorhanden gewesen waren. Eine im achten Intercostalraum vorgenommene Probepunction ergab dicken, braunen Eiter. Bei der bacteriologischen Untersuchung desselben fanden sich Diplococcen, welche nicht näher definirt werden konnten. Es wurden Culturen von Proteus vulgaris, diplococcus citreus conglomeratus und Bacillus coli communis erhalten.

Patient wurde nach St. Mark's Hospital verbracht, wo die Operation in Chloroformhalbnarkose vorgenommen wurde. Nach Resection eines 6 Centimeter langen Stückes der zehnten Rippe wurde die Pleurahöhle eröffnet. Dieselbe war leer. Unter Geräusch stürzte die Luft hinein. Collaps. Cyanose. Vollständiges Verschwinden des schon vorher sehr schwach gewesenen Pulses. Da ich mich fürchtete, die Operation unter den Umständen zu beenden, so verschloss ich die Oeffnung mit Jodoformgaze. Pat. erholte sich unter der Darrreichung von Stimulantien. Am folgenden Tage konnte ich unter Führung der Aspirationsnadel als Wegweiser eine Hohlsonde durch das Zwerchfell durchführen und mittelst einer auf der Grube der Hohlsonde fortgeführten Kornzange die Oeffnung erweitern. Rothbraune Klumpen und dicker, mit dunklem

Blut tingirter Eiter entströmten der Oeffnung. Die Ränder der Zwerchfell incision wurden an die Haut genäht. Jodoformgazeverband, unterstützt durch Moospappe. Heilung ununterbrochen. Geheilt aus dem Hospital entlassen am 15. Juni 1895.

Die microscopische Untersuchung gestattete keinerlei Einblick in die Aetiologie dieses Falles, dagegen weisen die klinischen Symptome auf einen cholangiolitischen Ursprung hin. Ob eine purulente Cholecystitis ursächliches Moment vorlag, oder ob es sich um durch Obliteration eines grossen Gallenductes veranlasste Cholangiectascie handelte will ich nicht versuchen zu entscheiden. Es liesse sich ja schliesslich auch an eine in eine eitrige Hepatitis übergehende Cholangioitis denken, oder an eine eitrige Entzündung des ductus choledochus communis selbst, aus welcher dann durch Ruptur ein subphrenischer Abscess sich formirt hätte.

b) Dr. H. J. Boldt: EIN FALL EINER MIT ERFOLG OPERIRTEN HARNLEITER-SCHEIDEN-FISTEL.

Die Fälle von Implantation des Harnleiters zur Heilung bestehender Ureter-Scheiden Fisteln sind immerhin noch selten genug, dass eine erfolgreiche Operation auf diesem Gebiet die Veröffentlichung verdient.

Betreffende Patientin, welche ich Ihnen hiermit vorstelle, ist eine Nullipara und wurde am 6. Juni 1895 in meine Klinik aufgenommen. Alter, 34 Jahre. Die Krankengeschichte eines chronischen Beckenleidens mit häufig auftretenden Fiebererscheinungen wurde bei der Anamnese eruirt und ein doppelseitiger Pyosalpinx mit ausgedehnter Pelveo-peritonitis constatirt. Indem der Uterus unbeweglich, war die am 10. Juni vorgenommene vaginale Total-Extirpation mit recht grossen Schwierigkeiten verknüpft. Schon nach kurzer Zeit wurde wahrgenommen, dass die Patientin Harnabgang per vaginam hatte. Indem die nach der Operation vorgenommene Prüfung der Blase keine Verletzung ergab, wurde von mir angenommen, dass es sich um eine Ureteren Verletzung handelte.

Bald nach Genesung der Patientin wurde mit lokaler Behandlung angefangen, um das stark infiltrirte und sehr enge Scheidengewölbe, in dessen extremen rechten Winkel von straffem Narbengewebe umgeben und sehr hoch sitzend die Fistel-Oeffnung sich befand, in einen solchen Zustand zu setzen, dass möglicherweise eine plastische Operation zur Heilung der Fistel gemacht werden konnte, aber das war nicht möglich.

Die Patientin erholte sich auch von den Unterleibsschmerzen nicht vollständig, indem bei der Total-Extirpation der rechte Eierstock nicht enculirt werden konnte, sodass sie ausser dem Harnträufeln auch ferner zu leiden hatte. Am 10. Oktober wurde die Patientin dann nochmals aufgenommen und die Implantation des durchschnittenen Ureters in die Blase gemacht, und zwar in folgender Weise: Nach gründlicher Vorbereitung der Patientin wurde ein passender Catheter in den Harnleiter per Fistel-Oeffnung gelegt und etwa 25 ctmr. in demselben hinauf-

geschoben. Nun wurde der Leib geöffnet und erst das bis zu Hühnerei-Grösse fest an der Beckenwand adherente degenerirte Ovarium ausgeschält; dies wäre, so innig wie das Ovarium an dem Ureter lag, fast unmöglich gewesen, ohne denselben zu verletzen, wenn nicht der Catheter zur genaueren Orientirung vorerst in den Ureter gelegt worden wäre.

Der Harnleiter war im unteren Abschnitt nicht vollständig mobil in Folge einer Peri-Ureteritis, trotzdem gelang es Dank des eingelegten Catheters, denselben freizulegen ohne eine Lädirung desselben zu verursachen. Der Ureter wurde etwa 7 ctmr. freigelegt und an der fest verwachsenen Scheiden-Insertion abgetragen. Der Catheter blieb in demselben liegen. Nun wurde die Blase mit sterilem Wasser etwa zwei Drittel voll gefüllt, um die passende Stelle für die Implantation zu wählen, welche so nah als thunlich an der normalen Insertion gemacht werden sollte; hier wurde dann auch die Blase durch einen etwa drei Viertel ctmr. langen Schnitt geöffnet. Das eingelassene Wasser wurde wieder per Urethram entleert, sobald ich mit dem Messer an die Schleimhaut kam. Nach Eröffnung der Blase wurde eine lange dünne Kornzange per Urethram in die Blase und durch die gemachte Oeffnung geführt und der sich im Harnleiter befindende Catheter gefasst und durch die Blase vor die Harnröhren-Mündung gezogen, der Ureter wurde dabei etwa 1 ctmr. in die Blase eingestülpt und mit zwei unterbrochenen feinen Seiden-Nähten, unter Vermeidung der Mucosa festgenäht, darauf wurde ein französischer Dauer-Catheter neben den Harnleiter-Catheter in die Blase gelegt und die Bauchhöhle wurde geschlossen.

Die Genesung wurde durch einen Stichcanal-Abscess gestört. Die Harn-Absonderung war im Anfang etwas vermindert, wie das ja so häufig nach Coeliotomien der Fall ist. Nach 48 Stunden wurde der Ureteral-Catheter entfernt, weil bis dahin die Verklebung zwischen Blase und Harnleiter ziemlich sicher war; trotzdem liess ich den Blasen-Catheter noch 3 Tage liegen, um die Blase entleert zu halten und damit jeder Gefahr eines möglicherweise entstehenden Lecks zwischen der Blase und dem implantirten Harnleiter mit Sicherheit vorzubeugen.

Das beschriebene Operations-Verfahren ist bis jetzt meines Wissens nach noch nicht gebraucht worden, und möchte ich es sehr empfehlen, weil es erstens sehr einfach ist und zweitens die volle Sicherheit eines günstigen Erfolges verbürgt.

Wenn man eine Harnleiter-Scheiden-Fistel vor sich hat, wird es meistens gelingen einen Catheter in den Harnleiter einzuführen, mit welchem man sich viel sicherer orientiren kann, was besonders von Wichtigkeit und Werth ist, wenn das untere Ende des Ureters von einer Cellulitis umgeben ist, wie das in unserem Fall war, man wird es dann möglich machen können den Ureter ohne Gefahr auszulösen. Das Liegenlassen des ureteralen Catheters hat den Zweck, dass man weniger und nur ganz oberflächliche Nähte gebraucht, welches ja nicht

ohne Bedeutung zur Verhinderung einer Strictur ist, indem der Catheter dem Ureter einen festeren Halt an der Schnittfläche in der Blase giebt; ausserdem kann nicht so leicht eine Zerrung gegen Blase und Ureter, in Folge von Peristalsis der Intestina von Bedeutung für die Heilung sein, weil der Catheter eine Resistenz bietet; schliesslich hat man den Vortheil, dass man genau die Quantität, sowohl als die Qualität des von jeder Niere während den ersten 48 Stunden ausgeschiedenen Urins mit Leichtigkeit bestimmen kann.

Die theilweise Füllung der Blase habe ich sehr vortheilhaft gefunden, um mir die geeignetste Stelle zur Implantation auszusuchen und kann man den Blasenschnitt mit grösserer Genauigkeit machen.

Der Blasen-Catheter dient als ein extra angebrachtes Sicherheits-Ventil, damit auch nicht der geringste Innendruck auf die uretero-cystotomische Wunde ausgeübt werden kann, und zum Zweck der separaten Untersuchung des von jeder Niere ausgeschiedenen Urins.

Dieses Operationsverfahren verbürgt, abgesehen von einer Sepsis die möglicherweise in Folge einer fehlerhaften Technik auftreten könnte, eine absolute Sicherheit und ist ausserdem das einfachste, welches bis jetzt eingeschlagen ist.

c) Dr. Louis Heitzmann: ZWEI FAELLE VON LICHEN PLANUS.

Ich hatte vor, Ihnen heute zwei Fälle von einer und derselben Krankheit zu demonstriren, die jedoch grundverschieden von einander sind. Der eine ist ein Lichen planus universalis, wie man ihn recht selten sieht. Der andere Fall, der leider nicht gekommen ist, war eine Frau mit Lichen planus circumscriptus, was man ziemlich häufig sieht. Ich wollte den zweiten Fall zeigen, um die Behandlung zu besprechen und das Resultat der Behandlung zu demonstriren. Die Frau ist wohl nicht gekommen, weil sie geheilt ist. Gerade deswegen wollte ich sie zeigen. Dieser Mann hier ist 32 Jahre alt und war, wie er angibt, bis November vollkommen gesund. Im November fing er an, einzelne Effloreszenzen am Arm zu bekommen, welche sich sehr rasch verbreiteten. Er hatte damals nur einzelne typische Lichenknötchen mit eigenthümlich weisslich glänzendem Aussehen. Sie waren damals alle einzeln. Diese Knötchen verbreiteten sich enorm rasch über den ganzen Körper, und schon seit vier bis fünf Wochen hat der Mann einen Lichen planus, den man universal nennen kann, über den ganzen Körper verbreitet. Die einzelnen Knötchen sind zusammengeschmolzen, aber es scheint noch immer, dass frische Nachschübe kommen.

Der Hauptgrund, weshalb ich den Fall zeige, ist der, die Behandlung zu besprechen. Vor vielen Jahren, als Ferdinand Hebra die Fälle zuerst beschrieb, sagte er, dass wir keine andere Behandlung für dieselben hätten als Arsenik, entweder Solutio Fowleri oder sogenannte asiatische Pillen, und behauptete damals, dass jeder einzelne Fall früher oder später mit Arsen geheilt werden könnte. Vor mehreren Jahren gab Unna eine lokale Behandlung an; die Ihnen wahrscheinlich

wohlbekannte Salbe besteht aus Karbolsäure 4 Proz. und Sublimat $^{1}/_{10}$ Proz., zur äusserlichen Einreibung, und behauptete Unna, dass damit ohne innere Behandlung die Fälle alle geheilt werden könnten. Vor Jahren, nachdem ich diese beiden Methoden gründlich versucht hatte, manchmal mit Erfolg, häufig ohne Erfolg, fing ich an, eine lokale Behandlung mit einer alkoholischen Lösung von Salicylsäure 3—5 Proz., anzuwenden, und war erstaunt, in verschiedenen Fällen von Lichen circumscriptus, wo die Krankheit nicht besonders ausgebreitet war, schon in kürzester Zeit, in wenigen Wochen, eine Abflachung der Knötchen und nach weiteren Wochen eine vollkommene Heilung zu bemerken. Der Fall, der heute nicht gekommen ist, ist ein Lichen circumscriptus; es war ein chronischer Fall von einer Gesichtshälfte und nahm die Hälfte des Gesichts und Nackens ein. Ich sah die Frau schon vor Monaten; ich gab ihr damals Solutio Fowleri innerlich und beobachtete das Resultat. Dasselbe liess viel zu wünschen übrig, denn trotzdem die Dosen sehr stark waren, verbreiteten sich die Knötchen immer mehr, bis schliesslich beinahe das ganze Gesicht angegriffen war. Ich fing dann mit Einreibungen dieser alkoholischen Salicyllösung zweimal täglich an, und in wenigen Wochen waren die Knötchen vollkommen abgeflacht, und als ich die Frau vorige Woche zum letzten Mal sah, war herzlich wenig mehr von der Krankheit zu sehen.

Diesen Fall hatte ich ebenfalls einige Wochen mit Arsen behandelt, und zwar in sehr starken Dosen. Leider konnte der Mann Arsen recht schlecht vertragen, und trotz der Arsenbehandlung ist die Verbreitung so weit vorgeschritten, wie Sie an dem Mann sehen können. Die unteren Extremitäten, der Bauch, alles ist voll Lichen planus. Ich fing dann mit der Unnaschen Einreibung von Carbolsublimat an, aber trotzdem ist die Krankheit weiter geschritten. Ich habe die Behandlung von Salicyl noch nicht angefangen, aus dem Grunde, weil ich den Herren den Fall zeigen wollte, den einen mit Salicyl behandelten Fall und den anderen auf alte Weise behandelten.

(Fortsetzung folgt,)

Therapeutische Notizen.

Die gewöhnliche Verordnungsweise des Arseniks per os ruft häufig unangenehme Magenerscheinungen, wie Pyrosis, Appetitlosigkeit etc. hervor, so dass es unmöglich ist, die Dose so zu steigern, wie es z. B. bei perniciöser Anämie und Pseudoleukämie erwünscht wäre. Subcutane Einstpritzungen schonen allerdings die Verdauungsorgane, sind aber häufig, selbst unter Beobachtung der strengsten Asepsis, von schmerzhaften localen Reactionen, mit Infiltrationen, selbst von Abscessen gefolgt. Aus diesem Grunde empfiehlt Vinay die Arsenmedication per Rectum als die schonendste („Lyon. méd.", 1896, 12. April). Dazu benutzt er folgende Lösung: Solut. Fowleri 4.0, Aq. destill. 56.0. Er fängt an mit der Injection von 5.0 Grm. Morgens und Abends; nach 3—4 Tagen werden drei Injectionen täglich gemacht. Auf diese Weise wird täglich 1 Grm. Solut. Fowleri einverleibt, und diese Dose scheint zum Zustandebringen der erwünschten Wirkung genügend. Zu den Injectionen kann ein gewöhnlicher weicher Katheter verwendet werden, zweckmässiger ist aber die von Condamin zu den rectalen Morphiumeinspritzungen angegebene gebogene Spritze, da der schädliche Raum derselben ein kleiner ist und weniger Lösung verloren geht. Diese Methode wurde bei Phthisikern und Kranken ohne die geringsten unangenehmen Erscheinungen angewendet. Die einzige Contraindication ist das Bestehen von Diarrhoe.

Kurz nachdem das Pyrogallol in die Therapie der Hautkrankheiten eingeführt war, konnte Neisser über einen Fall berichten in welchem ein kräftiger Psoriatiker, der mit 10 Prozent Pyrogallolsalbe behandelt wurde, nach Auftreten von heftigen Schüttelfrösten, von Coma und jäher Temperaturabnahme am 4. Tage nach der Einreibung gestorben war. Neisser warnte in Folge dessen vor der Anwendung des Pyrogallol. Dem gegenüber konnte Jarisch constatiren, dass unter seinen 200 mit 10-proz. Pyrogallolsalbe behandelten Fällen kein einziger Vergiftungsfall vorkam und er sprach die Ansicht aus, dass die Ursache des unglücklichen Zufalles wohl in der Applicationsweise gelegen sein müsse. Seitdem ist das Pyrogallol neben dem Chrysarobin weiter gebraucht worden und besonders Herba hat die Anwendung des Pyrogallols in 10-proz. Salbe, die zweimal am Tage mit Borstenpinsel aufzutragen sei, vielfach empfohlen. Neuerdings beschreibt nun Dr. E. Vollmar in der „D. med. Woch." (1896, No. 3) einen Fall von Pyrogallolintoxication. Es handelte sich um einen 69jährigen, sonst gesunden Psoriatiker, der zweifellos eine Idiosynkrasie gegen Pyrogallol hatte, denn wenige Stunden nach der Salbenapplication war eine Dermatitis entstanden, die ihrerseits wieder eine Nephritis hervorgerufen hatte. Die Salbenwirkung war derart, dass der Pat. einige

Tage das Bett hüten musste und subjectiv wie objectiv das Bild eines Schwerkranken bot. V. zweifelt nicht daran, dass der Pat., wenn nicht vorsichtshalber zunächst nur kleine Hautstellen mit der Salbe bestrichen worden wären, sondern die ganze Haut auf einmal nach Jarisch und Herba ,wie der Fall Neisser's verloren gegangen wäre. Die 10-proz. Pyrogallolsalbe sei also nicht ohne weiteres als Heilmittel der Psoriasis zu empfehlen, sondern der Anwendung derselben habe immer ein Versuch vorauszugehen, ob der Pat. dieselbe verträgt oder nicht.

Als Antidot bei Carbolsäurevergiftung empfiehlt Carleton (Allg. med. Centralztg. No. 101, 1895) Essig. Wenn man auf eine durch konzentrirte Carbolsäure verätzte Haut- oder Schleimhautstelle Essig applizirt, so verschwindet die weisse Verfärbung und die Anästhesie. Bei interner Carbolintoxikation lässt man möglichst rasch zur Hälfte mit Wasser verdünnten Essig trinken und nimmt hierauf die Magenausspülung vor.

Allerlei.

Die tägliche Zeitung Καιροί von Athen, in einer Reihe von Nummern, beginnend mit dem 31. Juli, bringt eine vollständige Uebersetzung der Vorlesung „Historisches über Griechisch", welche Dr. A. Rose am 3. Februar 1896 vor der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York hielt, und die in der New Yorker Monatsschrift in den Nummern für März und April erschien. Die Uebersetzung wird durch folgende Worte eingeleitet:

„In Amerika hat man Anstrengungen gemacht, um die Erasmische Aussprache abzuschaffen. Die Ἀτλαντίς (die griechische Zeitung von N. Y.) und der patriotische Professor Leotsakos begannen den Kampf in den Zeitschriften, aber der wahre Apostel, der eifrige und zielbewusste Vertheidiger der wahren und historischen Aussprache unserer Sprache in der Neuen Welt ist der bekannte Arzt und Hellenist Achilles Rose. Dieser gelehrte und unermüdliche Philhellene, welcher es sich angelegen sein liess, durch Wort und Schrift ein besseres Verständniss für lebendes Griechisch zu verbreiten, und dessen Beweise für seine Ansichten immer schlagende waren, tritt ein nicht blos für die wahre griechische Aussprache, sondern hat auch die herkulische Arbeit in Angriff genommen, Griechisch als allgemeine Gelehrtensprache zu befürworten.

Wir halten es für unsere Pflicht, das griechische Publikum mit der gründlichen und gelehrten Vorlesung bekannt zu machen, die in der New Yorker Medizinischen Monatsschrift und im New York Medical Journal erschien, in welcher Dr. Rose eine Darstellung der verschiedenen Phasen giebt, welche die griechische Sprache durchgemacht hat.

Diese Vorlesung, von der wir jetzt eine Uebersetzung geben, wurde vor kurzem in New York vor einer zahlreichen und gewählten Versammlung gehalten, laut applaudirt, und in der Presse günstig besprochen."

Im Anschlusse hieran werden wir um die Mittheilung ersucht, dass der Vortrag Dr. A. Rose's über die richtige Aussprache des Griechischen in der Oktobernummer der Monatsschrift „Education" erscheinen wird.

Der französische Unterrichtsminister hat den Rectoren der medicinischen Facultäten einen Erlass zukommen lassen, in welchem ausgesprochen ist, dass die aus dem Auslande gekommenen Studirenden der Medicin an den französichen Facultäten, welche das Recht erwerben wollen, in Frankreich die Praxis auszuüben, ausser dem Nachweise über entsprechende Vorbildung und jenem über die Ablegung der Prüfung in den medicinischen Fächern sich auch noch der Prüfung aus Physik, Chemie und den Naturwissenschaften zu unterziehen haben. Für Diejenigen, welche auf eine Ausübung der Praxis in Frankreich nicht reflectiren, bleibt die Inscription auch ohne Nachweis der Vorstudien offen und sie erhalten nach vollendetem Studium wie bisher ein Diplom, jedoch mit obiger Einschränkung. Jedem sich Inscribirenden muss dieser Erlass, der mit dem nächsten Studienjahre ohne Rückwirkung in Kraft tritt, bekanntgegeben werden.

Universitätsnachrichten. Berlin. Zum Nachfolger des Geh. Medicinalrathes Professor Georg Lewin als dirigender Arzt an der Charité ist nun Professor Lesser aus Bern berufen worden.

Leipzig. Privatdocent Dr. W. Schoen wurde zum ausserordentlichen Professor der Augenheilkunde in der medicinischen Facultät ernannt.

Strassburg. Der Amtserdamer Hygieniker Forster wurde zum ordentlichen Professor in Strassburg, sowie zum Director des Instituts für Hygiene und Bacteriologie ernannt.

Durch eine ministerielle Verfügung ist das Universitätskuratorium angewiesen worden, auch Frauen den gastweisen Besuch der Vorlesungen an der Universität Bonn — also als Hospitanten — zu gestatten. Erforderlich ist in allen Fällen zuvor der dem Rector erbrachte Nachweis einer hinreichenden Vorbildung und die eingeholte Zustimmung der betreffenden Docenten.

Eingesandt.

Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Specialärzte, 89.—101. Lieferung.

Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten. 26. Lieferung.

Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. Hermann Nothnagel. (Durch Lemcke und Büchner.)

IV. Bd., IV. Th., II. Abth., H. Immermann, Variola (incl. Vaccination) II.

XX. Bd., I. Th., I. Hälfte. Chrobak und Rostborn, Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. I. Theil, I. Hälfte.

XVII. Bd., I. Th., II. Abth., Prof. Dr. H. Nothnagel. Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum. II. Th.

XXII. Bd., II. Th., Dr. P. J. Möbius. Die Basedow'sche Krankheit.

VII. Bd., I. Th. Prof. Dr. O. Vierordt. Rhaebitis und Osteomalacie.

XIII. Bd., II. Th., II. Abth. Prof. Dr. K. Gerhardt. Kehlkopfgeschwülste und Bewegungsstörungen der Stimmbänder.

XIX. Bd., I. Th., II. Abth. Prof. Dr. H. Senator. Die Erkrankungen der Nieren. II. Heft.

IX. Bd., I. Th., III. Abth., 2. Lieferung. Prof. Dr. H. Oppenheim. Die siphilitischen Erkrankungen des Gehirns.

XI. Bd., II. Th., II. Abth. Dr. P. J. Mobius. Der umschriebene Gesichtsschwund.

An die Leser.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

OTTO G. T. KILIANI,
133 E. 57. Str.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

herausgegeben von

Dr. E. Bachmann, Dr. J. Brettauer, Dr. A. F. Buechler, Dr. A. Caillé, Dr. F. Foerster, Dr. E. Fridenberg, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Lange, Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. F. Schwyzer, Dr. G. Seeligmann, Dr. A. Seibert, Dr. G. Troje.

Redigirt von

DR. OTTO G. T. KILIANI.

Bd. VIII. New York, Oktober 20. 1896. No. 10.

ORIGINALARBEITEN.

Ein Fall von angeborener Hypertrophie des Pylorus.

Von

DR. F. SCHWYZER.

Im April 1894 hatte ich Gelegenheit die Autopsie eines 3 Monate alten Mädchens zu machen, welches unter Erscheinungen chronischer Gastritis gestorben war. Die kleine Leiche war im höchsten Grade atrophisch, der Leib nicht aufgetrieben, Lungen und Herz zeigten nichts besonderes, ebensowenig Milz, Nieren und Geschlechtsorgane. Die Därme waren meist leer und anämisch. Der Dickdarm zeigte in der Gegend der Flexura sigmoidea und im Colon transversum je eine 1½—2 cm. lange verengte Stelle. Die Darmwand an diesen Stellen war verdünnt, der Durchmesser des Lumens nur ⅔ des Diameters der anderen Dickdarmpartieen; die Schleimhaut und die Muscularis schienen atrophisch, sonst war auch microscopisch an diesen stenosirten Darmteilen nichts besonderes nachzuweisen. Der Magen mass vom Fundus bis zum Pylorus 12 cm., von der grossen Curvatur bis zur kleinen 5½—6 cm. im maximum. Die Cardia zeigte keine Veränderung; an Stelle des Pylorus dagegen war eine rundliche Geschwulst zu sehen, von 2,4 cm. Länge und 2,1 cm. Dicke. Der Magen enthielt spärliche Mengen schleimiger Flüssigkeit und etwas geronnene Milch. Die Dicke der Magenwand betrug im Durch-

schnitt 3—4 mm.; die Schleimhaut war leicht gerunzelt, ihre Falten radiirten gegen den Pylorus. Der Tumor in der Pylorusgegend fühlte sich sehr derb an und verengte das Lumen dermassen, dass eine Sonde von 2 mm. Dicke gerade noch passiren konnte. Die Schleimhaut war ziemlich dick (2—2½ mm.), längegefaltet, nirgends ulcerirt oder sonstwie verändert. Submucosa und Muscularis stellten eine 5—6 mm. dicke, grösstenteils derb fibröse, starre Wand dar, so dass die Diagnose eines Scirrhus pylori sehr nahe lag. Da aber die Schleimhaut nicht ulcerirt war, da sich von der Schnittfläche der Pyloruswand kein Zellsaft abstreifen liess, und da weder die Leber noch irgend ein anderes Organ Metastasen aufwiesen, so wurde die endgültige Diagnose für das Microscop aufgespart. Die Leber zeigte das Bild der atrophischen Fettleber, das Pancreas und die Nebennieren waren unverändert.

Die anatomische Diagnose lautete: Stenose des Pylorus, atrophische Stellen im Darm, allgemeine hochgradige Atrophie.

Die microscopische Untersuchung des Pylorus zeigt eine etwas verdickte, sonst aber normale Schleimhaut. Muscularis mucosae und Submucosa zusammen bilden ein grob fibrilläres, mit glatten Muskelfasern durchsetztes Gewebe. Dasselbe ist anscheinend sclerotisch verändert und färbt sich mit Hämatoxylin ziemlich schlecht. Epitheloide Zellen sind nirgends nachzuweisen in diesem Gewebe. Ebenso wenig lässt sich eine Stelle finden, wo das Epithel der Mucosa in tiefere Schichten reicht. Quer- und Längsschnitte des Pylorustumors wurden angelegt und nach den gewöhnlichen Methoden gefärbt. Bei Untersuchung dieser Schnitte ergibt sich, dass die äussere Lage der Muscularis aus glatten Muskelfasern besteht, welche longitudinal verlaufen und eine continuirliche Schicht bilden. Die inneren Partieen der Muscularis bestehen aus ringförmigen, von etwas derben Bindegewebszügen umschlossenen Bündeln von glatten Muskelfasern. Blutgefässe durchziehen die bindegewebigen Balken. Der Peritonealüberzug des Pylorus ist etwas dick, aber sonst unverändert.

Die erwähnten leichtverengten Stellen im Dickdarme zeigen einfache Atrophie der Wandung, woran alle Schichten beteiligt erscheinen.

Wir haben also eine einfache Hypertrophie der sämmtlichen Schichten des Pylorus vor uns, wobei aber die Ringmusculatur ganz besonders verdickt war. Unter dieser Diagnose habe ich das Präparat in einer der wissenschaftlichen Versammlungen deutscher Aerzte bei A. Jacobi vorgezeigt.*)

Die Symptome, welche das Kind während des Lebens geboten hatte, waren in Kurzem die Folgenden: Bei der Geburt gut entwickeltes Kind, 8½ Pfund schwer, welches die ersten 14 Tage mit Muttermilch vorzüglich gedieh. Dann fing es an hie und da zu brechen, schrie häufig nach der Nahrungsaufnahme, zeigte öfters leichten Durchfall, manchmal auch etwas grünlichen Stuhlgang, aber nie schwere Erscheinungen von Darmcatarrh. Magenausspülungen brachten in der 6. und 7. Woche noch Besserung der Erscheinungen zu Stande, sodass die Nahrungsaufnahme, (besonders Gerstenschleim,) wieder für einen Tag scheinbar ungehindert von Statten ging, bis dann wieder häufigeres Brechen erfolgte. Schliesslich wurde äberhaupt per os keine Nahrung mehr ertragen, Magenausspülungen förderten etwas Schleim zu Tage, der Magensaft war sauer, zum Teil in Folge Anwesenheit einer Spur freier Salzsäure. Wurde das Kind gleich nach einer energischen Magenausspülung per Sonde gefüttert, so erbrach es regelmässig innerhalb 2—8 Stunden beinahe die ganze eingeführte Flüssigkeitsmenge. In der 9. Woche wurde die Ernährung per os überhaupt sistirt, nachdem das Eintreten von heftigen Convulsionen die Eltern des Kindes gegen die Magenausspülungen eingenommen hatten. Noch zwei Wochen lang liess sich das Patientchen mittels Nährklystiren am Leben erhalten. Dann starb es in der 11. Woche.

Die anatomische Diagnose ist so bald man das Mikroskop zur Hand nimmt, eine durchaus klare. Es handelt sich um eine mächtige Hypertrophie der Pyloruswand. Die Stenosirung kann primär vorhanden gewesen oder secundär enstanden sein durch die fortschreitende Hypertrophie und zunehmende starre Contraction des Pylorusringes. Die Circumferenz des Schleimhautteiles des Pylorus

*) Das Protokoll der Sitzung ist abgedruckt in der N. Y. Medic. Monatsschrift No. 6, 1895, pg. 195.

ist eine so geringe, dass wir entschieden nicht nur eine Hypertrophie sondern eine angeborene Stenose des Pylorusringes anzunehmen haben.

Die sogenannte Stenose und Hypertrophie des Pylorus ist zuerst von Landerer[1]) beschrieben worden. Später, im Jahre 1885, hat R. Maier[2]) 30 Fälle publicirt, fast alle bei Erwachsenen, nur wenige bei Kindern über 10 Jahre. Eine vorzügliche Abhandlung über dasselbe Thema veröffentlichte Tilger[3]) im Jahre 1893. Hirschsprung[4]) hat 1888 auf das Vorkommen der Stenose und Hypertrophie bei Säuglingen aufmerksam gemacht. Er berichtet über zwei Fälle. Der erste davon betraf ein Mädchen, welches 10 Tage nach der Geburt zu Brechen anfing und am 30. Tage starb. Der Pylorus bestand aus einer cylindrischen Verdickung, 2½ cm. lang. Das Lumen liess eine mittelgrosse Sonde passiren. Alle Schichten, besonders aber die Muscularis, waren hypertrophisch. Der zweite Fall zeigte die Symptome der Stenose vom dritten Monat an und starb im sechsten. Der Pylrous hatte eine totale Länge von 3 cm. und liess einen Bleistift passiren. Peden[5]) erwähnt einen ähnlichen Fall. Ein Kind, welches beinahe von Geburt an gebrochen hatte, starb nach 3 Monaten, und zeigte einen beträchtlich verdickten Pylorus mit 5 mm. Lumen. An der Hypertrophie war besonders die Submucosa beteiligt, die Muscularis weniger. Pitt[6]) beobachtete Brechen und Tod in Folge von Pylorusstenose bei einem Kind von sechs Wochen. Wir haben also vier Fälle, welche dem unserigen vergleichbar sind.

Die Aetiologie der sogenannten congenitalen Stenose und Hypertrophie des Pylorus ist noch durchaus dunkel. Es scheint mir auch unrichtig die Pylorusstenose bei Erwachsenen und bei Säuglingen zusammenzuwerfen. Vielmehr halte ich es für besser, die Fälle einzuteilen 1. in solche, welche bei Erwachsenen vorkommen, 2. solche, welche bei älteren Kindern anfangen Symptome zu machen und 3. solche, welche im Säuglingsalter das Leben bedrohen. Blos die Fälle der dritten Categorie sind mit Sicherheit als congenital anzusprechen, während diejenigen der beiden anderen Gruppen entweder Entwicklungshemmungen in der Kindheit darstellen oder das Resultat sind von in späterem Lebensalter einwirken-

den pathologischen Processen. Maier fand mehrmals den Pylorus auffallend fixirt, — in unserem Falle war derselbe frei beweglich.

Stenose und Hypertrophie des Pylorus ist, wie unsere Litteraturangaben zeigen, durchaus keine seltene Affection. Beim Erwachsenen ist die **Diagnose** schon öfters in vivo gestellt worden, und auch bei Kindern wird dies möglich sein, wenn man als diagnostisch wichtige Punkte die folgenden im Auge behält:

1. Constantes Erbrechen ohne genügenden klinischen Grund (wie Magen-Darmkrankheiten, Meningitis etc.).
2. Nachweis von Mageninhalt mehrere Stunden nach der Aufnahme, also Störung der Magenentleerung.
3. Abwesenheit von Zeichen der Darmocclusion (wie Erbrechen von Koth oder Galle.).
4. Palpatorischer Nachweis des gefüllten Magens, des harten Pylorus, und im Gegensatz dazu der leeren Därme.

Wird die Diagnose gestellt, so ist begreiflicher Weise die einzig mögliche Therapie eine operative, und zwar entweder die Loretta'sche Operation (Laparotomie, Eröffnung des Magens und Dillatation des verengten Pylorus) oder eine einfache Gastroenterostomie.

Nachtrag. Untersuchungen über die Aetiologie der congenitalen Hypertrophie und Stenose des Pylorus haben dazu beigetragen, die Publication vorstehender Arbeit zu verzögern. Inzwischen sind zwei Arbeiten über dasselbe Thema veröffentlicht worden von H. Finkelstein[7]) und von Chr. Gran[8]).

Finkelstein berichtet über einen Fall, bei welchem die Diagnose stenosirender Pylorustumor und Gastrectasie im Leben gestellt wurde. Es handelte sich um ein 3 Monate altes Mädchen, welches trotz aller Mittel constant erbrach und 4 Tage, nachdem es in Behandlung gekommen war, starb. Die Section ergab einen macroscopischen Befund, ähnlich dem unserigen. Der Magen war delatirt, der Pylorus eine cylinderförmige Verdickung, 2,2 cm. lang und 1,5 dick. Die Magenschleimhaut am Pyloruseingang und im Pylorus selber war gewulstet und gerötet; die Wanddicke des Pylorus betrug 5 mm., wovon der Hauptanteil auf die Muscularis fiel.

Der microscopische Befund Finkelstein's ist von dem unserigen beträchtlich verschieden, er fand 1. die Schleimhaut und Submucosa stark infiltrirt und polypös gewuchert (während in unserem Falle die Mucosa kaum beträchtliche Veränderungen zeigte), und 2. die Verdickung der Pyloruswand als aus Längsfäsern bestehend. Von den 3 Sectionsfällen Gran's zeigten 2 geringe ringförmige Stenose des Pylorus, der 3. Fall eine sehr beträchtliche. Es handelte sich um ein Mädchen von 4 Monaten, welches seit 2 Monaten häufig an Erbrechen litt und schliesslich wegen heftigen Erbrechens in die Berliner Charité gebracht wurde, woselbst es nach 14 Tagen starb. Die wiederholten chemischen Magenuntersuchungen ergaben meist keine oder nur wenig freie Salzsäure, hie und da eine Spur Milchsäure, Zucker, aber kein Pepton. Die Verdauung von Milch war relativ mehr herabgesetzt als die von Gerstenschleim. Microscopisch fanden sich in dem Mageninhalt Hefe, Coccen und kurze Stäbchen, wie Sarcine; bacteriologisch gelang es einmal das Bacterium coli commune nachzuweisen. Die klinische Diagnose lautete, motorische Insufficienz und Atonie des Magens. Bei der Section wurde der Magen nicht sehr dilatirt gefunden, der Pylorus verdickt mit 3 mm. Lumen. Es zeigte sich Hypertrophie aller Schichten, besonders aber der Ringmusculatur.

Von diesen 4 neuen Fällen scheint mir der von Finkelstein besonders dadurch von Interesse, dass die Verdickung des Pylorus durch eine Hypertrophie der Längsmusculatur zu Stande kam bei gleichzeitiger geringer Entwicklung der Ringfasern. Der Gran'sche Fall Frieda W. zeigte microscopisch dem unseren sehr ähnliche Verhältnisse. Die diagnostischen Erwägungen Finkelstein's führen zu denselben Schlüssen wie die unserigen. Finkelstein macht noch darauf aufmerksam, dass Carcinoma pylori (beinahe ein Unicum bei Säuglingen), obturirende Polypen, Tumoren der Nachbarorgane für die Differentialdiagnose in Betracht kommen.

Dass die Diagnose in vivo möglich ist, beweisen der Fall Finkelstein's und einige Patienten O. Heubner's, bei denen Stenosen mässigen Grades diagnosticirt worden sind. Die betreffenden Patienten lassen sich vorläufig durch diätetische

Massregeln am Leben erhalten, einige sogar scheinen sich ganz zu bessern. Schade, dass Finkelstein seinen Fall, den er so hübsch diagnosticirte, wohl zu spät zu sehen bekam, um ein chirurgisches Eingreifen zu ermöglichen.

100 East 58th Street.

Litteratur: 1) B. Landerer, Dissertation, Tübingen, 1879. 2) R. Maier, Virchow's Archiv, Bd. 102, 1885, pg. 413. 3) Tilger, Virchow's Archiv, Bd. 132, 1893, pg. 290 4) Hirschsprung, Jahrbuch für Kinderheilkunde, 28, pg. 61. 5) Peden, A Case of Congenital Stenosis of the Pylorus in an Infant. Glasgow Med. Journal, 1889, pg. 416. 6) Pitt, British Medical Journal 1891, pg. 896 (Report of the Pathol. Society of London). 7) H. Finkelstein, Ueber angeborene Pylorusstenose im Säuglingsalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 53. 11. Sept. 1896, pg. 105. 8) Chr. Gran, Bemerkungen über die Magenfunctionen und die anatomischen Veränderungen bei angeborener Pylorusstenose. Ibidem, pg. 118. (Diese beiden letzten Arbeiten stammen aus der Kinderabteilung der Berliner Charité.

Leitartikel.

Wir wüssten unserem hochweisen Board of Health, der in seiner Alles umfassenden, liebenden Fürsorge für das Volk im Allgemeinen und die lieben Kleinen insbesondere, voriges Jahr sogar die Art der Papierumschläge für die Schulbücher und die officielle Handhabung der Bleistifte vorschrieb, — ein neues Feld der Schulhygiene, auf dem mindestens ebensoviel Lorbeeren zu holen sind, wie bei den vorgenannten.

Wir weisen auf die auffallende Thatsache hin, dass die für andere Länder seit einer Reihe von Jahren definitive gelöste Frage der Schulbänke und der damit in causalem Zusammenhang stehenden Richtung der Schrift — Schrägschrift oder Steilschrift — für dieses glückliche Land überhaupt nicht zu existiren scheint.

Jedem Familienarzt in der besseren Praxis, sowohl wie dem Chirurgen, muss die grosse Anzahl der vorkommenden Scoliosen auffallen. Lorenz nennt die Scoliose eine professionelle Krankheit, Kocher eine Schulkrankheit, und Staffel eine Sitzkrankheit. Wie andererseits allgemein bekannt, ist der wichtigste Theil der Behandlung der Scoliosen, die Prophylaxe derselben, welche nur durch Erfüllung dreier Postulate erreicht werden kann, nämlich erstens, durch Reclinationslage beim Schreibact in einer zweckmässig gebauten Schulbank, zweitens, durch Mittellage des Schreibheftes, und drittens, Steilschrift.

Diese drei Forderungen sind in Deutschland, Schweden und Frankreich als richtig erkannt und erfüllt worden. Die Schulcommissionen, Schulaufsichtsräthe und controllirenden Schulärzte haben für die Ein- und Durchführung der genannten Principien gesorgt.

Hierzulande ist mit Ausnahme von Boston in dieser Frage gar nichts geschehen, was bei dem grossen Einfluss und factischen Macht des Board of Health nur auf einen völligen Mangel an Verständniss für die Wichtigkeit dieser Frage zurückgeführt werden kann.

Nur einzelne Principale von Privatschulen und einigen öffentlichen Schulen sind der Frage auf Anregung von Aerzten hin aus eigenem Antrieb etwas näher getreten, und thun in dieser Richtung so viel als in ihrer Macht steht.

Practisch liegt die Frage so, dass nicht nur unsere Schulen für alle muskelschwachen Kinder eine nicht zu unterschätzende Gefahr in Bezug auf Scoliose bilden, sondern auch dass alle beginnenden Scoliosen bei der jetzigen schlechten Einrichtung der Schulen unbedingt aus denselben ferngehalten werden müssen.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

7 West 43. Strasse.—Montag, 3. Februar 1896.—Präsident: Dr. Willy Meyer.

(Fortsetzung und Schluss.)

d) Dr. O. G. T. Killani: ZWEI NACH SCHEDE BEHANDELTE PATELLAR-FRACTUREN.

Meine Herren! Zu meinem Bedauern muss ich mit einer Entschuldigung anfangen. Der freundlichen Aufforderung des Präsidenten, chirurgisch allgemein interessante Fälle vorzustellen, habe ich entsprochen und zwei Patellar-Fracturen angegeben. Obwohl ich sicher erwartete drei bringen zu können, bring ich nur einen Fall. Der zweite war ein Hospital-Fall, ist aber nicht auffindbar gewesen, der dritte war eine Dame aus besseren Kreisen, die trotz ihres Versprechens nicht gekommen ist.

Sie wissen, dass für die Behandlung der Patellar-Fracturen in letzter Zeit ausserordentlich widersprechende Behandlungsmethoden eingeführt worden sind, und das ist um so auffallender, als sonst im allgemeinen die Behandlung der Fracturen in den letzten Jahren wenigstens ziemlich definitiv geworden ist. Die zwei diametral gegenüberstehenden Behandlungsmethoden unterscheiden sich folgendermassen: die eine, ältere, ist die, dass das verletzte Glied in absolute Ruhestellung versetzt wird und eine möglichste Attraktion der Fragmente versucht wird, um auf diese Weise eine eventuelle Knochenvereinigung zu erzielen. Die andere Methode, welche von Tilanus, Metzger, Ruhland und anderen mehr empfohlen worden ist, besteht darin, von vorn herein auf die sonst übliche Ruhestellung eines fractuirten Gliedes zu verzichten und mit Massage-Behandlung zu beginnen, eine Adaption der Fragmente gar nicht zu versuchen und blos auf den allgemeinen Bewegungsapparat des Beines Rücksicht zu nehmen. Bei Beurteilung dieser zwei so diametral verschiedenen Methoden muss man sich doch sagen, dass unter Umständen eine Verbindung beider Methoden möglich wäre.

Der Hauptpunkt bei Verletzung des Kniegelenks ist wohl der Blut-Erguss, und das ist auch erkannt worden und deshalb auf Entleerung desselben seit langem gedrungen worden. Das allein verhindert aber die Adaption nicht, sondern in manchen Fällen kommt es zweifellos vor, dass der bindegewebige Ueberzug der Patella sich einschlägt zwischen den Fragmenten, so dass auf diese Weise eine knöcherne

Vereinigung verhindert wird. Trotzdem ist es auffallend, dass die Fälle, die auch keine Knochenvereinigung bilden, merkwürdig gute Resultate zuweilen bilden, wie alle Chirurgen wissen, und es kommt darauf an zu sehen, wie weit man auf die Vereinigung zu achten hat und wie weit auf dem Bewegungsapparat als solchen. Der Hauptgrund, warum Patienten mit Patellar-Fracturen gehen können, liegt zweifellos in der Funktionsfähigkeit des Quadriceps. Es ist die Frage, ob bloss absolute Ruhestellung und Hyperextension, welche absolut nothwendig ist, allein an später hin auftretender Lähmung und Atrophie des Quadriceps Schuld ist. Ich bin zu der Ueberzeugung gekommen, dass es nicht blos eine Ruheatrophie ist, sondern, was ich nebenbei andeuten möchte, eine Art von Durchtränkung des Muskels mit Substanzen, welche aus dem Zerfall des Blutergusses herrühren. Ich könnte das als lokale Intoxikation des Muskels bezeichnen, wobei zweifellos die Nucleinsäure und ähnliche Körper eine wichtige Rolle spielen. Jedenfalls ist diese Quadriceps-Atrophie das, worauf hauptsächlich Rücksicht zu nehmen ist.

Um meine Zeit nicht zu überschreiten, möchte ich mir nun erlauben, Ihnen den Fall zu zeigen. Es handelt sich um eine Art Gipsverband, die, wie ich glaube, nicht allgemein bekannt ist. Es ist eine so ausserordentlich geniale und höchst einfache Manier, dass es des Zeigens wohl wert ist. In diesem Fall war die Fracture heute vor fünf Wochen eingetreten. Der Patient hat dieselbe in typischer Weise erlitten: Er war nicht gefallen, sondern hatte mit dem linken Fuss einen kleinen Fehltritt gemacht und war mit dem rechten nachgetreten und riss die Patella durch. Die Diastase war 1¼ Zoll. Die Adaption war nicht schwer. Man konnte die Fragmente leicht zusammenbringen. Ich habe nun am Tage nach der Verletzung den Gipsverband angelegt, und nun kommt Schedes Verband zurecht. Wenn man den Gipsverband angelegt hat, schiebt man während des Erstarrens die Fragmente zusammen, und wenn man fühlt, dass man sie zwischen den Fingern hat, drückt man herunter und macht auf diese Weise vier Eindrücke, welche man erhärten lässt. Schede selbst legt den Gipsverband bis zu den Hüften an, unten den ganzen Fuss einschliessend. Er liess den Verband vier bis sechs Wochen liegen. Ausserdem polsterte er das Glied ziemlich dick. Ich habe mir erlaubt den Gipsverband auf die nackte Haut zu legen und habe denselben bloss kurz angelegt. Die Fragmente blieben absolut in der Position, und ich konnte in der Zeit den ganzen Quadriceps sowohl faradisiren sowie mit Massage behandeln. Ich möchte nun zeigen, wie dieser Herr, der heute vor fünf Wochen die Fractur erlitten hat, gehen kann.

(Demonstration.)

Die Hauptsache ist, dass der Patient heute frei stehen, den betroffenen Fuss auf den Stuhl stellen und frei ohne Stock die Stiege hinauf gehen kann. Der Patient hat heute noch einen leichten Kniegelenk-

erguss, den Sie fühlen können, und ich halte einen leichten Haemarthros im Knie für einen gewissen Vortheil. Wenn man den Kniegelenkerguss ganz entleert, ist die Gefahr da, dass Verwachsung eintritt, während, wenn die Patella leicht tanzt, man dieser Gefahr überhoben ist. Die Messung der beiden Oberschenkel hat keine Differenz ergeben. Trotzdem ist eine, wenn nicht Atrophie, so Degeneration des Rectus da. Der Muskel ist lange nicht so hart.—Ich hätte vielleicht noch hinzuzufügen, dass der Patient 250 Pfund schwer ist und zur Zeit, als er sich legte, eine schwere Bronchitis hatte, so dass das auch mit in Frage kam, den Patienten rasch auf die Beine zu bringen. Der Patient stand am zweiten Tage nach der Verletzung auf und ging im Zimmer mit Krücken auf und ab.

Ich habe die Methode absichtlich nicht modificirt und etwa Schede-Killani, sondern blos Schede genannt. Ich weise zum Schluss nochmals auf die genialen vier Punkte hin. Sie sehen hier im Gipsverband die vier Mulden, durch welche die Patella zusammengehalten wird.

e) Dr. Heyman: KIND MIT ABDOMINALEM TUMOR. (Liest.)

DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

Dr. E. Gruening: ZWEI FAELLE VON OTITISCHEM GEHIRNABSCESS.

Wenn ich mir erlaube diese beiden Präparate vorzulegen, so thue ich es, weil dieselben für mich von grossem Interesse waren und weil ich von denselben manches gelernt habe. In dem ersten Fall handelte es sich um einen 45-jährigen Mann, der von der Grippe befallen war und an einem Ohr zu leiden anfing. Er wurde, während er im Bett lag, wenig am Ohr behandelt; erst später, als er wieder ausging, kam er in Behandlung des Ohrenarztes. Es wurde die Punktion des Trommelfells gemacht. Das genügte aber nicht. Der Warzenfortsatz war betheiligt. Er wurde in die Ohrenabtheilung des Mt. Sinai Hospitals aufgenommen, und dort wurde die regelmässige Eröffnung des Warzenprozesses vorgenommen. Nach drei Wochen wurde der Mann als geheilt entlassen. Vier Tage darauf stellte er sich wieder ein. Er klagte über linksseitigen Kopfschmerz und litt an sensorischer Aphasie. Er sprach über sich ganz geläufig, und man merkte ihm überhaupt gar keine Störung der Sprache an. Redete man ihn jedoch an, so benahm er sich, als ob man ihn in einer fremden Sprache angesprochen, oder als ob er nicht gehört hätte. Von einigen wurde das so aufgefasst. Nun hatte er ein Ohr zur Verfügung, das erkrankte Ohr war taub. Als ihm die Uhr gezeigt wurde, sagte er, ich kenne das, it keeps time. Er konnte jedoch den Namen Uhr — watch — er war Amerikaner, nicht nachsprechen. Es war ihm also das Centrum für die Klangbilder abhanden gekommen. Nun hat ja Wernicke dieses Centrum in die erste Windung des linken Schläfenlappens, gelegt. Wir nahmen also an, dass es sich um einen Prozess im linken Schläfenlappen handeln

könnte. Dr. Sachs, der Neurologe des Hospitals, der zugezogen wurde, stimmte mit mir überein, meinte jedoch, dass wir einstweilen einmal schmieren sollten. Er wurde dann einige Tage lang geschmiert, Pat. verschlimmerte sich aber bedeutend. Es traten sehr heftige Kopfschmerzen hinzu und beiderseitige Neuritis optica. Es war nun kein Zweifel mehr, dass es sich um Symptome des Hirndrucks handelte, und er wurde dann im Februar 1894 operirt. Nun geben die neueren Lehrbücher für Otologie und auch Gehirnchirurgie für die Trepanation des Schädels gerade für die obere Windung des Schläfenlappens eine Stelle an, die durchaus unrichtig ist. Ich liess mich dadurch täuschen.

(Redner illustrirt seine Bemerkungen an der Tafel, und erläutert die Zeichnung.)

Das brachte mich so weit von dem Schläfenlappen, dass ich erst, nachdem ich die Aspirationsnadel sehr weit nach vorn und unten gestossen hatte, in die Gegend des tegmen tympani kam, wo ich auf Eiter stiess. Das ist also irreführend. Hätte ich hier über dem äusseren Gehörgang geöffnet, so wäre ich unmittelbar auf den Abscess gekommen. Wir leerten den Abscess. Der Mann starb 24 Stunden darauf.

Im zweiten Fall handelte es sich ebenfalls um einen Abscess des linken Schläfenlappens, und zwar um einen chronischen Abscess. Dieses Gehirn gehört einem 32-jährigen Mann, der schon seit 6 Jahren an Otorrhoe gelitten hatte. Vierzehn Tage vor seiner Aufnahme in's Hospital fing er an über den Kopf zu klagen, und es wurde eine Operation am Warzenfortsatz vorgenommen, die aber nicht genügte. Unmittelbar nach der Operation starb der Mann, und bei der Sektion fanden wir einen grossen Abscess im Schläfenlappen. Dieser Mann hatte gar keine Symptome, nur Kopfschmerzen und Fieber. Das Fieber stieg nie über 103, fiel auch nie unter 101. Er wurde plötzlich komatös und starb. Dieser Fall zeigt wieder, dass der Abscess von dieser Stelle aus unmittelbar über dem Gehörgang zu erreichen gewesen wäre, und das Präparat zeigt auch, dass man sehr leicht die ganze kranke Knochenpartie hätte entfernen können. In beiden Fällen handelte es sich bloss um einen Abscess, es war keine Meningitis vorhanden. Die Patienten hätten beide gerettet werden können, wenn rechtzeitig eingeschritten worden wäre.

Dr. F. Lange: EINIGE FAELLE VON ACTINOMYKOSIS.

Meine Patienten sind nicht gekommen, aber ich habe einige Präparate. Ich habe zum zweiten Mal einen Krankheitsprozesss gesehen, der in der Ileocoecal-Gegend lokalisirt war und sich als Actinomykosis erwies. Im ersten Fall, den ich schon früher berichtet habe, verlief das Krankheitsbild unter dem Bild subakuter Attacken von anscheinender Appendicitis. Der Prozess war, als ich die Patientin sah, zu solcher Ausdehnung gediehen, dass grosse Geschwüre auf der äusseren Haut bestanden — ein Fall, bei dem ich die Prognose schon sehr schlecht stellen musste. Vermutlich ist die Frau gestorben. Es handelte sich um eine Patientin ausserhalb New Yorks.

In diesem zweiten Fall war es mir möglich, nachdem ich einen Abscess ausserhalb und auf der Darmwandschaufel eröffnet und die sehr massenhaften dicken, verhältnissmässig resistenten Granulationen ausgelöffelt hatte, in der Tiefe der Wunde eine circumscripte kleine, erbsengrosse Fläche von Schleimhaut zu sehen, in deren Centrum sich eine feine Oeffnung befand, die mehrere Zoll tief eine Sonde einzuführen gestattete, zweifellos der Appendix. In welcher Massenhaftigkeit Granulationen in einem solchen Abscess vorhanden sein können, können Sie hier aus dem Präparat ersehen. Es ist das kaum die Hälfte des Geschabsels aus dem Abscess. Eiter war in diesem Abscess ausserordentlich wenig, sondern ausser diesen dicken, fleischigen Massen eine verhältnissmässig sparsame sämige, fadenziehende seröse eiterige Flüssigkeit. Ich hatte ursprünglich die Diagnose auf chronischen Knochenabscess gestellt, wurde aber sofort bei Eröffnung durch das reichliche Vorkommen jener charakteristischen Körner darüber belehrt, dass es sich um Actinomykosis handelte. Bei diesem Patienten war der Verlauf im Anfang ein verhältnissmässig guter, es erwies sich dann aber der Prozess als in der Tiefe fortschreitend; das aufsteigende Colon wurde arrodirt, ein grosser Teil der Kotmasse kam durch die Wunde heraus, und ich war schliesslich genötigt, eine Darmnaht zu machen, und zwar nach vollständiger Loslösung des aufsteigenden Kolons aus derben Adhäsionen, was eine ausserordentlich schwierige Operation war. Bei dieser Gelegenheit habe ich auch den Appendix exstirpirt. Derselbe war ausserordentlich verdickt, von welliger, dicker Schleimhaut mit einer grossen Zahl von Krypten ausgekleidet, in denen zum Teil noch an verschiedenen Stellen klumpige Eiterkügelchen lagen; es ist aber in diesem Appendix nichts mehr von Actinomykose gefunden worden.

Ich gebe nun dieses Präparat herum und lege noch ein anderes Präparat hinzu, welches eine Lokalisation der Antinomykose am After, noch dazu bei einem Kollegen, illustrirt und zwar ist dies der zweite Kollege mit Actinomykosis am After, der mir zur Behandlung gekommen ist. In Bezug auf die Genese ist es zweifelhaft ob die Krankheit vom Darminnern aus oder durch Impfung von aussen entstanden ist. In der That gab der eine der Herren Kollegen etwas naiv zu, dass, er allerdings schon ein paar Jahre vorher, einmal auf dem Lande in einer agrarischen Anwandlung sich eines Pfropfens Gras bedient habe, um seine Toilette zu machen. Aber das war doch eine etwas abgelegene Etiologie. Der eine Fall, welchen ich vor ein paar Jahren sah, ist nach einer ganzen Reihe von ausgedehnten Eingriffen um den After herum schliesslich ausgeheilt. Der andere Kollege gibt an, dass er vor drei oder vier Jahren einen Abscess am After gehabt habe, welcher inzidirt werden musste und nach einer Anzahl von Wochen heilte, dass er seitdem vollkommen gesund gewesen sei und erst seit einem Monat wieder Beschwerden habe. Schon der Anblick der Aftergegend hatte etwas Besonderes: eine nach aussen deutlich sichtbare Anschwellung,

auf deren Höhe eine alte etwas vorgetriebene Narbe eine leichte Verfärbung zeigte, wie von einer drohenden Perforation. Entzündliche Erscheinungen waren aber kaum vorhanden. Man fühlte nur bei Einführung des Fingers in das Rektum eine grosse, schwielige Härte an der hinteren Circumferenz. Ich habe dann die ganze Schwiele exstirpirt, welche mit einem Fortsatz bis in die Gegend des Steissbeins hinaufreichte. Ich lege diese Schwiele deshalb vor, um zu demonstriren, dass innerhalb derselben ein buchtiger Gang sich befindet, in dem eine grosse Masse von actinomyzischen Körnern vorhanden war. Der oberste Klumpen dieser Schwiele enthält einen vollständig abgeschlossenen Herd, welcher mit dem Hauptgange nicht in Verbindung steht. Hier schien der Pilz untergegangen zu sein. Eine Verbindung mit dem Rectum-Rohr konnte nicht mehr gefunden werden, obwol es mir wahrscheinlich ist, dass ursprünglich von diesem aus die Infection auf das periproptitische Gewebe übergegriffen hat, ebenso wie in dem ersten Falle, welchen man lange Zeit als Mastdarmfistel behandelt hatte.

DEMONSTRATION VON APPARATEN.

Dr. A. Rose: APPARAT ZUR AUFBLAEHUNG DES RECTUMS MIT KOHLENSAEURE—EIN MITTEL GEGEN KEUCHHUSTEN.

(Liest.) Siehe Februarnummer der N. Y. Medic. Wochenschrift, Jahrg. 1896.

Discussion.

a.) Dr. F. Lange: Ich habe den Fall, den Dr. Beck vorstellte, nicht von Anfang an verfolgen können, aber ich hörte, dass er das Malheur gehabt hat, dass während der Operation Luft in die Pleura kam. Ich habe in zwei Fällen durch die Pleura hindurch operirt und mich gegen die eventuelle Fatalität des Lufteintritts in die Pleura dadurch zu schützen gesucht, dass ich die Patientin auf den Bauch legte. Ich bin auf die Wirksamkeit dieses Verfahrens gebracht worden, durch die Thatsache, dass ich im Fall von Nierenexstirpation, wo ich das Unglück hatte, die Pleura anzuschneiden, bei dieser Lage keine Luft in die Pleura hineinbekam. Die Wände des sogenannten Komplementärraums wurden so genau auf einander gedrückt, dass ein vollständig luftdichter Abschluss hergestellt war.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ich möchte sagen, dass ich vor 1½ Jahren einen Leberabscess nach Entfernung eines Rippenstückes perpleural in der Lage eröffnet habe, wie Dr. Lange es klarlegte. Es war auffällig, wie verhältnissmässig leicht es gelang, die Pleurablätter ohne Lufteintritt zu vernähen, nachdem bei Seitenlage des Patienten ein doppeltes Kissen unter die gesunde Seite geschoben war. Ich glaube, dass das eine sehr empfehlenswerte Methode ist.

Dr. Kammerer: Ich möchte erwähnen, dass ich in einem Fall von subphrenischem Abscess die Eröffnung des Abscesses vornahm, ohne die Pleurahöhle zu öffnen, in der Weise, dass ich einfach die letzten

Rippen resezirte und darauf ganz deutlich der scharfe Rand der Pleura zu Tage lag und ich mit grosser Leichtigkeit, in diesem Fall wenigstens, die Umschlagsfalte der Pleura nach oben auf einen Zoll verschieben konnte. Nach Durchtrennung des Zwerchfells war es dann bequem möglich den Abscess zu eröffnen ohne die Pleura zu verletzen. Ich glaube, wenn dies Verfahren möglich ist, sollte es gewiss den Vorzug finden vor dem Verfahren der Oeffnung durch die Pleurahöhle, ebenso wie wir auch vermeiden, bei Eröffnung peritonitischer Abscesse die Peritonal-Höhle zu öffnen, wenn es irgend wie angeht.

Dr. Beck (Schlusswort): Ich spreche Dr. Lange meinen Dank dafür aus, dass er eine so wertvolle Suggestion gemacht hat, und sollte ich Gelegenheit haben dieselbe zu befolgen, so werde ich es sicher befolgen. Im Uebrigen möchte ich noch bemerken, dass ich in einem anderen Fall, den ich nachher operirt habe, einen Mann, der in Cuba an Dysenterie erkrankt gewesen war, auch die transpleurale Route gewählt habe, und zwar da ich hier irrtümlicherweise die Operation wegen Pyothorax vorzunehmen gedachte. Auch hier war der Pleuraraum leer, und es trat doch kein Pneumothorax ein. Nach meinen Studien der Litteratur über diesen Gegenstand finde ich auch, dass die meisten Autoren gerade der Frage, ob man Pneumothorax fürchten soll oder nicht, kein grosses Gewicht beilegen. Die Aspirationskraft des Zwerchfells ist ja bedeutend herabgesetzt, da es weit hinauf gegen die Rippenwandungen gedrückt wird. Was die transpleurale Route betrifft, so dürfen wir nicht vergessen, dass die meisten subphrenischen Abscesse im Bereich der Rippen liegen und es sich in Folge dessen dieselbe kaum umgehen lässt. Wenn es möglich ist, von hinten her durch die Lumbarroute zu eröffnen oder von vorn, wenn man von der Leberseite unter dem Hypochondrium eindringen kann, wird man natürlich diesen Routen den Vorzug geben.

b.) Dr. Kammerer: Ich möchte Herrn Dr. Boldt fragen, wie lange nach dem Unfall die Operation vorgenommen wurde.

(Dr. Boldt: Am 10. Juli wurde die erste Operation gemacht, und im Oktober die der Harnleiter-Scheiden-Fistel.)

Es sind also gar keine entzündlichen Erscheinungen von Seiten der Niere beobachtet worden. Ich habe deswegen gefragt, weil mir dieses Unglück in zwei Fällen passirt ist. Beide Male habe ich den Ureter verletzt und es kam im weiteren Verlauf zur Bildung eines Uretro-Abdominal-Fistels. Es blieb mir in diesen Fällen nichts übrig, als die Nephrektomie zu machen. Beide Fälle sind genesen, aber ich erwähne, dass schon nach zwei Monaten in meinen Fällen Infectionserreger von der Fistelmindung längs des Ureters in das Nierenbecken gewandert waren und dort eine Pyelitis erzeugt hatten. Ich kann mir wohl denken, dass durch die Vaginalfistel die Gelegenheit zur Infection vielleicht nicht in dem Maasse gegeben ist, wie bei der Abdominal-Fistel, aber eine gewisse Gelegenheit ist doch sicher da. Wir können

Dr. Boldt zu seinem schönen Erfolg gratuliren, wenn wir bedenken, mit welcher Mühe und mit wie vielen Misserfolgen die Behandlung derartiger Fisteln früher vergesellschaftet war.

c.) Dr. Klotz: Diese Fälle von allgemeinem und acutem Lichen planus sind von ziemlichem Interesse; einerseits weil sie in den Büchern, namentlich deutschen, wenig berücksichtigt werden, und andererseits, weil sie sicherlich einen grossen Teil der immer noch als lichen ruber aruminatus aufgeführten Fälle ausmachen. Diese Verwechslung findet um so leichter statt, als es Fälle gibt, wo die eigentliche Lichen planus Form, das Knötchen mit abgeschliffener Oberfläche, sich nur vereinzelt nachweisen lässt, dagegen sehr zahlreiche ganz kleine spitze Kegel vorkommen. Was die Behandlung anbelangt, so habe ich mich schon an anderer Stelle dahin ausgesprochen, dass ich auch davon abgekommen bin, dass Arsenik als specifisch zuverlässiges Mittel zu betrachten. Ich wundere mich, dass man die Wirksamkeit des Arseniks in Deutschland beinahe als pathognomisch ansieht. Sehr viele Fälle werden gar nicht vom Arsenik beeinflusst, andererseits bin ich überzeugt, dass gerade diese acuten mehr ausgebreiteten Fälle von Lichen planus eine gewisse Neigung zu freiwilliger Heilung haben. Salicylsäure habe ich schon seit Jahren mit gutem Erfolge angewandt, besonders in Fällen chronischer localisirter Heerde, und zwar in Form meines 10-prozentigen Pflasters.

d.) Dr. F. Lange: Ich wollte den Einwand machen, dass es mir unwahrscheinlich sei, dass nach der Anlegung dieses Verbandes bei einem so fetten Mann nicht in verhältnissmässig kurzer Zeit eine derartige Lockerung und Mangel an Schluss des Verbandes eintreten müsste, dass eine genaue Fixirung der Fragmente auf diese Weise schwer gedacht werden kann. Dr. Kiliani sagt mir aber, er habe allerdings vergessen zu erwähnen, dass er den Verdand häufig erneuert hat. Das Resultat ist ja ein sehr gutes. Ich habe die eigentliche Schedesche Methode wiederholt angewandt und in einem Fall sicher knöcherne Vereinigung erhalten. Es ist nicht ausgeschlossen, dass in einem solchen Fall wie dieser allmählich eine Dehnung der Narbe eintritt, vielleicht eine sehr weite Diastase, aber das braucht das funktionelle Resultat nicht zu beeinflussen.

Dr. Beck: Ich möchte bloss hinzufügen, dass ich glaube, dass diese von Schede so ausserordentlich genial ausgedachte Methode für Patellar-Fracturen mit geringer Diastase sich eignet, dass aber bei Fracturen, die eine sehr grosse Diastase zeigen, das sicherere Verfahren das Zusammenhalten der Fragmente durch die Silberdrahtnaht sein wird. Bei gründlichen aseptischen Kautelen ist dann der Eerfolg absolut sicher. Uebrigens möchte ich darauf hinweisen, dass ich vor einigen Monaten im „Central-Blatt für Chirurgie" gelesen habe, dass eine Reihe von 22 oder 25 Fällen von Patellar-Fracturen einfach mit Massage behandelt worden sind. Mich hat es einigermassen in Erstaunen gesetzt, dass man dem Bluterguss allein so viel Einfluss ein-

räumt, dass man einzig und allein nach dessen Wegräumung einen solchen Erfolg erzielen kann.

Dr. Kiliani (Schlusswort): Bei der Kürze der Zeit, die mir zur Vorstellung des Falles gegeben war, war es mir nicht möglich, auf alle Eventualitäten einzugehen. Ich will nochmals darauf hindeuten, dass der Mann heute vor 5 Wochen die Fractur erlitt, und dass er heute sein verletztes Bein auf den Stuhl stellen kann, eine Höhe von 2½ Fuss, dass, was die Technik betrifft, der Verband auf die nackte Haut gelegt war und nach 6 Tagen wieder gewechselt wurde. Wie enorm die Einwirkung gerade auf Fett unter der Haut ist, sieht man daran, dass, als der Verband abgenommen war, vier tiefe Gruben verblieben, unter denen das Fett vollständig gewichen war. Auffallend ist, dass die Falten der Haut, die sich notwendig bilden müssen, keine Druckgangräne leiden. Man muss sich über die Technik eines Gipsverbandes auf die nackte Haut klar sein. — Ich bin weit davon entfernt, zu behaupten, dass dies eine Panacee ist und diese Methode als die Behandlungsmethode für Patellar-Fracturen hervorzuheben. Ich habe mir nur erlaubt, diesen Gipsverband zu zeigen, weil er in gewissen Fällen der geeignetste ist. Wenn eine Auseinanderstellung der Fragmente sich leicht einstellt, so drückt man noch in der Mitte einen fünften Punkt auf die Patella, um die Fragmente zusammen zu bekommen. Wie weit die Verletzung des Gelenkapparats nach beiden Seiten eintritt, ist von ausserordentlicher Wichtigkeit. Dass der Mann eine Diastase bekommt, das halte ich ebenso für möglich wie Dr. Lange, und es würde mich bei dem Alter des Patienten nicht überraschen, ich glaube aber nicht, dass dies die Funktionsfähigkeit einschränken würde. Ich möchte noch hervorheben, dass in einem Fall, den ich 1½ Jahre zu beobachten Gelegenheit gehabt, bis heute gar keine Diastase eingetreten ist.

e.) Dr. Weber: In der linken Bauchhälfte des Kindes ist eine längliche pralle grosse Geschwulst, deren Dämpfung sich bis zur Niere hinzieht. Sie ist nicht beweglich und scheint aus einem cystischen und festen Theil zu bestehen. Wenn ich diesen Fall nach der flüchtigen Untersuchung zusammenhalte mit den drei Fällen von Cystosarkom der Niere, die ich gesehen habe, so wäre ich geneigt, denselben für ein Sarkom der linken Niere anzusprechen.

D i s c u s s i o n, betr. die von Dr. Grüning demonstrirten Präparate.

Dr. F. Lange: In Bezug auf die Verhütung von Infektion glaube ich, müsste man bei Operation von Gehirnabscessen doch auch etwas wahrnehmen, was bei Oeffnung anderer Höhlen beobachtet wird, nämlich den Abschluss der meningialen Räume durch Tamponade. Das ist etwas, worauf bis jetzt wenig Rücksicht genommen wird. Meist wird es so sein, dass unter dem Druck des Abscesses sich die Gehirnsubstanz dicht anlegt. Gelegentlich möchte ich aber doch, wenn man in einiger Entfernung von dem Heerd den Schädel eröffnet und dort die Punktion vornimmt, das nicht für ganz irrelevent halten. Ich

möchte Dr. Grüning fragen, was er als die unmittelbare Todesursache für diese Fälle hinstellt.

Dr. Grüning (Schlusswort): In dem ersten Fall handelte es sich um Kollapserscheinung. Der Mann blieb komatös. Der Puls stieg zu 180. In dem zweiten Fall wird es sich wohl um ähnliche Erscheinungen gehandelt haben. Der Mann ging unter hoher Temperatur zu Grunde, und bei der Sektion zeigte es sich, dass er einen grossen Abscess hatte. Ich weiss die Temperatur nicht genau anzugeben. Was ich namentlich in diesen Fällen hervorheben wollte, ist, was Körner schon ausgesprochen hat, dass wir es bei otitischen Abscessen entweder mit Abscessen des kleinen Gehirns zu thun haben, oder mit Abscessen des Schläfenlappens. Und den letzteren ist unmittelbar über dem äusseren Gehörgang beizukommen. Man kann dann auch, indem man die obere Wand des äusseren Gehörgangs mit entfernt, den erkrankten Knochen erreichen und dann das Mittelohr ausräumen. Körner formulirt das in der Weise: Man soll ganz in derselben Weise denselben Weg aus der Schädelhöhle heraus verfolgen, auf welchem der Eiter in die Schädelhöhle gedrungen ist.

Präs. Dr. Willy Meyer: Die Discussion über die weiteren Fälle wird auf die nächste Sitzung verschoben.

Meine Herren! In der letzten Sitzung des Verwaltungsrats wurde beschlossen, ein Mikroskop auf Vereinskosten anzuschaffen, welches Dr. Louis Heitzmann unter seine Obhut nehmen will. Alle die Herren, welche für Anschaffung sind, wollen Ja sagen. (Geschieht.) Angenommen.

Ein weiterer Beschluss des Verwaltungsrats ist der, dass auf den Stimmzetteln der Name eines Mitgliedes nur einmal erscheine. — Die Abstimmung hierüber wird in der nächsten Sitzung stattfinden.

Meine Herren! Am Freitag den 31. Januar starb Dr. Georg Wiebe aus Brooklyn. Er hat dort mehr als 40 Jahre praktizirt. Er hinterlässt eine Wittwe und drei Kinder. Sein Sohn ist ebenfalls Arzt. Ich bitte Sie, sich zum Andenken des Verstorbenen von Ihren Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

2. Wahl der zu aktiven Mitgliedern vorgeschlagenen Herren Baruch, Browd und Wachenheim ergiebt Aufnahme.

3. Dr. A. Rose: HISTORISCHES UEBER GRIECHISCH, DIE VORGESCHLAGENE INTERNATIONALE SPRACHE DER AERZTE.

Discussion.

Dr. A. Jacobi: Die Bewegung im Interesse des Neugriechischen ist in medizinische Kreise hineingetragen worden, seit wir dem Uebelstand begegnet sind, dass auf Internationalen Kongressen mehrere Sprachen neben einander gesprochen werden mussten, die von einem grossen Teil der Anwesenden nicht verstanden worden. Es handelte sich nur um Englisch, Französisch und Deutsch. Auf dem Internatio-

nalen Kongress in Rom vor zwei Jahren wurde aber der Uebelstand dadurch noch vergrössert, dass die Italiener ihre eigene Sprache den drei offiziellen Sprachen hinzufügten. Sie haben jetzt wohl in den Journalen gelesen, dass die Russen vielleicht dadurch klug geworden sind und in das andere Extrem übergegangen sind, nämlich sogar die englische Sprache von den Verhandlungen auszuscheiden und nur das Französische und Deutsche als Kongresssprache anzuerkennen. Es heisst freilich jetzt, dass sie davon wieder zurückgekommen sind, aber ohne allen Zweifel sind die russischen Herren von der Idee ausgegangen, dass drei Sprachen schon zu viel sind. So war die Idee reif geworden, sich um eine Sprache zu scharen, und es wurde dann vorgeschlagen, da das Latein eine tote Sprache ist, das Griechische zu nehmen. Wir haben aber eben selbst gehört, dass die neugriechische Sprache erst eine gemachte Sprache, noch nicht fertig ist. Uebrigens würde das nicht so schlimm sein, denn wenn wir jetzt das Neugriechische mit dem Altgriechischen vergleichen, so ist die grosse Aehnlichkeit ganz auffallend. Ich habe die Uebersetzung der Anabasis in Neugriechisch mit der Ursprache verglichen und finde, dass ganze Sätze identisch sind, dass aber die Konstruktionen mannigfach verändert sind u. s. w. Nun also wird uns vorgeschlagen, dass wir das Neugriechisch als allgemeine Sprache annehmen sollen, und es wird uns gesagt, dass die Sprache leicht zu erlernen ist. Ich beziehe mich nicht bloss auf das, was uns Dr. Rose heute, sondern auch auf das, was er bei früheren Gelegenheiten gesagt hat. Das ist richtig, Neugriechisch kann leicht gelernt werden. Ich habe gehört, dass auf eine Reihe von westlichen Colleges das Altgriechisch auf Grundlage des Neugriechischen gelehrt wird; und zwar wird nach moderner Methode das Neugriechische gelehrt, sodass die Schüler das Neugriechisch sprechen, und in dieser Weise wird dann Alt- und Neugriechisch nebeneinander gelernt. Aber wenn es nun erforderlich ist, dass wir eine andere Methode anwenden Neugriechisch zu lernen und dadurch das Erlernen des Neugriechischen so viel leichter wird, müssen wir uns zugestehen, dass jede andere Sprache in derselben Weise gelernt werden kann, durch Umgang. Das ist auch die moderne Manier. Die zahlreichen jungen Leute, die von hier nach Deutschland gehen, lernen in der Weise die Sprache. Wenn es schwer wäre, heutigen Tages eine fremde Sprache zu lernen, Neugriechisch oder Deutsch oder Französisch, so würde es in Zukunft für den Mediziner absolut unmöglich sein, überhaupt eine Sprache zu lernen ausser der seinigen. Der Mediziner wird immer mehr und mehr zu lernen und zu arbeiten haben, um nur die Medizin zu bewältigen, und in der Weise würde das Studiren von Sprachen eine absolute Unmöglichkeit werden, und wir können nur hoffen, dass es mit Verwendung von modernen Methoden immer leichter werden wird, eine fremde Sprache sich zu eigen zu machen.

Nun, welche Sprache soll das sein? Es gab im Altertum nur zwei Sprachen, die verbreitet waren, Lateinisch und Griechisch. Vor 2000

Jahren sprachen die gebildeten Lateiner Griechisch, aber für sie war es einfach eine Sache der Wahl, der Politur und Cultur. Griechisch ist doch niemals Umgangssprache geworden. Wir müssen uns nicht einbilden, dass, wenn Cicero seine Reden und Briefe mit einer grossen Masse griechischer Citate schmückte, daraus folge, dass das gesammte Volk ihn verstanden habe. Es handelte sich nur um eine Reihe von Gebildeten, die ihn verstanden haben. Wie wird eine Sprache Weltsprache? Nur dadurch, dass das Volk, welches sie spricht, einen bedeutenden Einfluss ausübt. So ist das Lateinische mehr oder weniger Weltsprache geworden. Nur der grosse Einfluss, den die Römer auf die ganze halb- und uncivilisirte Welt hatte, hat das Lateinische als Grundlage der Romanischen Sprachen so befestigt. Was wir überall in Europa hören, in Spanien, Frankreich, Italien, ist verändertes Lateinisch. Das lässt sich nur dadurch erklären, dass die Lateiner als Volk einen so gewaltigen Einfluss hatten. Was wird nun in Zukunft geschehen? Können wir erwarten, dass Neugriechisch die Sprache der Gebildeten werden wird, dass man lieber Neugriechisch als Deutsch oder Französisch oder Englisch lernt? Das wird alles davon abhängen, ob die Neugriechen diese Bedeutung für die gelehrte und kommerzielle Entwickelung haben werden oder ob sie dazu nicht im Stande sind. Sie sind ein kleines Volk, und es ist nicht wahrscheinlich, dass sie einen grossen Einfluss ausüben werden. Viel wahrscheinlicher ist es, dass die Sprache desjenigen Volkes, welches den grössten Einfluss jetzt und in Zukunft ausüben wird, die Weltsprache werden wird. Jetzt ist das zum Beispiel das Englische. Das Englische wird von 100 Millionen Menschen gesprochen. Es ist gar viel wahrscheinlicher, dass das Englische, zugänglich wie es ist, weit gesprochen, leicht lernbar wie es ist, Weltsprache werden wird, nicht blos für den gewöhnlichen Handgebrauch und kommerziellen Umgang, sondern auch für die Wissenschaft.

Das sind nur einzelne Notizen, die ich hingeworfen haben möchte. Sie müssen nicht vergessen, dass die Weltsprache nicht eine Sache der Wahl ist, wie im alten Rom, sondern eine Sache der Notwendigkeit, und in Folge der Notwendigkeit ist das Lateinische als Grundlage der romanischen Sprachen aufgenommen worden und hat sich erhalten. Kein Volapük der alten oder der neuen Welt hätte seine Stelle einnehmen können.

Ich habe von den Essays und Vorträgen von Dr. Rose viel gelernt, sie haben mir viel Anregung gegeben, und es gehört eben der ganze Enthusiasmus des überzeugungstreuen Mannes dazu, um in der Weise seine Sache zu verfechten, wie Dr. Rose es in seiner ernsten und geistvollen Weise gethan hat, aber wenn wir zur praktischen Frage kommen, so wird es für jetzt und in Zukunft, in 100, 300 Jahren immer darauf ankommen, welches Volk die Oberhand hat, nicht blos in physischer Gewalt, sondern auch an moralischer und geistlicher Bedeutung.

4. Ueberreichung von Diplomen. Schluss und Vertagung.

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 2. März 1896.—Präsident: Dr. Willy Meyer.

1. VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Dr. M. Toeplitz: a) EIN FALL VON GEHEILTEM, EPIDURALEM ABSCESS. — b) EIN FALL VON STACKE-OPERATION.

(Verliest die Krankheitsgeschichte der betreffenden Patienten.)

EIN DURCH STACKE-OPERATION GEHEILTER FALL VON KARIES DES MITTELOHRES.

Die 17jährige Patientin M. M. litt in Folge von Scharlach seit ihrem fünften Lebensjahre an Schmerzen, Schwachhörigkeit und doppelseitigem Ohrenfluss, welcher bis November 1894 mit intermittierenden Schmerzen, letztere aber nur im rechten Ohre, anhielt. Während der Sommerhitze fühlte sie sich schlimmer als im Winter, und die schwersten Schmerzen hatten während der letzten drei Monate vor der Operation bestanden und sich immer gegen Abend so sehr gesteigert, dass sie dadurch nicht schlafen konnte. Die Schmerzen strahlten in die Stirn aus und wurden durch Druck auf den rechten Warzenfortsatz gesteigert.

Am 19. November 1894 nahm ich folgenden Ohrenbefund auf: Starke Eiterung aus beiden Ohren. Rechts war das Trommelfell bis auf einen kleinen Streifen am obern Pol fast ganz zerstört. Die Sonde stellte Karies der Knöchelchen und des Attikus fest und drang nach hinten in eine Fistelöffnung, um welche herum der Knochen sich sehr rauh anfühlte.

Da die Eiterung trotz hartnäckiger Anwendung aller möglichen Massregeln während dreier Monate (auch Durchspülung durch die Eustachische Röhre und Auskratzung) nicht nachliess, so entschloss ich mich zur Stacke'schen Radikaloperation, welche am 14. Februar 1895, im Beisein der Herren Dr. Knapp und Vulpius unter antiseptischen Kautelen ausgeführt wurde.

Nach einer langen Incision, welche durch den Ansatz der Ohrmuschel hindurch, oben in den M. temporalis, hineinragte, nach unten in die Spitze des Warzenfortsatzes abbog, wurde das Periost nach beiden Seiten zurückgeschoben und die Blutung sorgfältig gestillt. Es wurde dann eine regelrechte Eröffnung des Antrums ausgeführt, welches sich als ganz gesund erwies. Nach Einführung einer Sonde durch den Aditus ad antrum in das Mittelohr und stumpfer Ablösung des häutigen Gehörgangs, wobei der Ansatz am vorderen Trommelfellrand intakt gelassen wurde, wurde die Gehörgangsauskleidung mit stumpfen Haken zurückgeschoben. Unter Führung der Sonde schlug ich dann mit geradem Meissel die Verbindung zwischen Mittelohr und Antrum durch, den Facialiskanal dabei sorgfältig vermeidend, und legte durch Abmeisseln der oberen Gehörgangswand den Attikus frei. Kleinere abgebogene Meisseln vervollständigten die Herstellung der

nierenförmigen Mulde, deren grössere Kurve nach oben bog, während die Konkavität von der übrig gelassenen hinteren Gehörgangswand gebildet wurde. Der zurückgehaltene häutige Gehörgang wurde durch einen horizontalen und zwei vertikale Einschnitte in zwei Lappen getheilt, welche nach oben resp. nach unten geklappt zur Auskleidung der Mulde verwendet wurden (Paase'sche Modifikation der Gehörgangstransplantation). Bei der Verdünnung der Lappen mit der Scheere wurde ein grösserer Ast der Art. auricularis posterior durchschnitten, wodurch eine kolossale Blutung herbeigeführt wurde. — Die Nachbehandlung zog sich 3½ Monate hin, wobei die Bekämpfung der Granulationen sehr grosse Schwierigkeiten bereitete, aber schliesslich, besonders mit der Galvanokaustik, glücklich durchgeführt wurde. Die Ausführung von Thiersch'schen Transplantationen scheiterte an dem stumpfen Benehmen der Patientin, was die gleichmässige Auskleidung der Höhle mit Epidermis nach der Eustachischen Röhre zu etwas vereitelte. Heute, über ein Jahr nach der Operation, ist die Höhle von einer zarten Epidermis ausgekleidet und zuweilen etwas feucht. Das Gehör ist von $\frac{4}{38}$" auf 8" für die Uhr gestiegen und die Patientin fühlt sich auch im Allgemeinen sehr wohl. Das linke, nicht operirte Ohr eitert noch mässig. (Autoreferat).

EIN FALL VON EXTRADURALEM ABSCESS.

Der Patient, ein 38jähriger Mann, den ich mir heute Abend vorzustellen erlaube, hat, abgesehen von einer Paralyse des linken (jetzt beider) Handgelenke, niemals an einer organischen Erkrankung gelitten.

Seine Ohrenerkrankung begann Anfangs Oktober 1895 mit Schmerzen im rechten Warzenfortsatz, welche sich über die rechte Kopfseite bis zum Scheitel hin ausdehnten. Anfangs November bildete sich erst geringer Ohrenfluss, welcher bei dem ersten Erscheinen des Patienten am 19. November in meiner Abtheilung des N. Y. Opthalmic and Aural Institute noch vorhanden war.

Nur durch äussersten Druck auf den rechten Warzenfortsatz konnten Schmerzen hervorgerufen werden. Im knorpeligen äusseren Gehörgang fanden sich Granulationen auf dem Boden eines spontan eröffneten Furunkels. Ausserdem aber — und dies ist von grosser Wichtigkeit — wölbte sich die obere und hintere Wand des knöchernen Gehörgangs sehr stark hervor.

Nach Entfernung der Granulationen und ausgiebigem Einschnitt in die Hervorwölbung, wurden der Gebrauch des Eisbeutels und warmer antiseptischer Irrigationen angeordnet. Nach zwei Tagen waren die Kopf-, Ohren- und Druckschmerzen, letztere im Warzenfortsatze, fast vollständig verschwunden, und Ohrenfluss, Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit, sowie das Allgemeinbefinden überhaupt bedeutend gebessert. — Indessen hatte aber noch eine geringe Schwellung über dem Warzenfortsatz und leichte Schmerzen auf starken Druck

fortbestanden. Die Hervorwölbung des knöchernen Gehörgangs und die erwähnten Granulationen waren auch bedeutend zurückgegangen. Es wurde daher dem Patienten die Fortsetzung konstanter Eisbehandlung empfohlen; er bot aber trotzdem nach zwei Tagen eine derartige Verschlimmerung seines Zustandes durch das Auftreten von kollateralem Oedem und die Wiederkehr der hochgradigen Schmerzen dar, dass ich am 23. November 1895 zur sofortigen Eröffnung des Warzenfortsatzes schritt. Das Antrum fand sich aber ganz von Eiter frei. Da ich nun der festen Ueberzeugung war, dass sich ein Eiterherd in der Nachbarschaft befand, so meisselte ich weiter nach hinten und innen. Bald fand sich auch in der inneren Tafel des Warzenfortsatzes eine Fistel, welche die Sonde 1¼ Zoll tief nach hinten und innen, in die hintere Schädelgrube leitete.

Nach Erweiterung der Fistel entleerte sich etwa 1 Drachme rahmigen Eiters. Durch diese Eröffnung, welche in der Ausdehnung von ca. 1" im Durchmesser angelegt wurde, war die Dura freigelegt und normal pulsirend befunden worden. Es befanden sich keine Granulationen in der Eiterhöhle, welche einfach mit Sublimatgase ausgetupft und dann tamponirt wurde. Der Zustand des Patienten besserte sich sofort in ausgezeichneter Weise. Die Heilung ging ununterbrochen ohne Fieber vor sich und ohne dass von der Wunde oder vom Mittelohr Ausfluss erfolgte. Die Oeffnung im Warzenfortsatz granulirte gut und schloss sich in fünf Wochen. Der Patient hat jetzt ein normales Trommelfell und normales Gehör. (Autoreferat).

Dr. Stieglitz (stellt Patienten mit geheilter Basisfractur vor und verliest die folgende Krankengeschichte):

Patient ist vor fünf Monaten durch eine Dreschmaschine derart am Kopfe verletzt worden, dass er das Bewusstsein verlor; als er zu sich kam, blutete er aus Mund, Ohren und Nase, litt an den heftigsten Kopfschmerzen und an Erbrechen. Die Aerzte konstatirten alsbald eine Fraktur des rechten Unterkiefers gerade vor dem Ansatz des M. massetericus; ferner eine Lähmung des rechten Facialis und abducens. Der bei der Aufnahme in das Dispensary konstatirte Status vor acht Tagen lautet kurz: Abnahme des Geruch- und Geschmacksinns rechts; rechtsseitige abducensparese und Facialisparalyse; Taubheit auf dem rechten Ohre. Rechte Pupille < linke, beide reagiren gut auf Licht. Die elektrische Prüfung ergab totale Entartungsreaction in den gelähmten Gesichtsmuskeln.

Der hauptsächlichste Defekt, der jetzt besteht, betrifft den Facialis. Es besteht eine totale Facialis-Lähmung. Dass in diesem Fall ein Schädelbruch vorgelegen hat, wird wohl niemand bezweifeln nach der Krankengeschichte: Blutung aus Nase, Ohren und Mund, und diese Lähmung, die damit einhergeht. Was die Prognose anbetrifft, so ist sie für die Facialis-Lähmung gut. Die Lähmung hat sich bedeutend gebessert, und die elektrische Erregbarkeit in den Muskeln ist nach vier bis fünf Monaten noch gesteigert. Wenn ein Absterben des

Nervs da sein würde, so würde die Erregbarkeit erloschen sein. Eines der interessantesten Phänomen des Patienten ist die kleine Pupille auf dem rechten Auge, und ich weiss mir das nicht anders zu erklären, als durch die Annahme, dass der Sympathicus getroffen worden ist und dass dies eine Lähmungserscheinung ist. Andere Sympathicus-Erscheinungen habe ich nicht erzielen können.

Diskussion:

A. Zu Dr. M. Toeplitz, Fall a).

Dr. E. Gruening: Die extraduralen Abscesse kommen gar nicht so selten vor. Ich habe in dieser Woche zwei operirt, und merkwürdigerweise war in beiden Fällen die Erkrankung des Ohres abgelaufen. Das Trommelfell war schon zugeheilt, und der Warzenfortsatz war auch nicht mehr empfindlich. Es fand sich auch keine Schwellung an der Ober- und Hinter-Wand des äusseren Gehörganges. Es bestand noch ein Druckschmerz hinter dem Warzenfortsatz, so dass der eigentliche Warzenfortsatz nicht mehr schmerzhaft war. So mag es auch in dem Fall gewesen sein. Die Engländer haben in letzterer Zeit darauf aufmerksam gemacht, dass gerade die Fälle mit persistirendem Schmerz hinter dem Warzenfortsatz eigentlich gefährlicher sind, als die Fälle von Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes. Die Patientin, die ich in der vorigen Woche operirte, hatte kein Fieber. Sie war 6 Wochen lang im Hospital beobachtet worden und hatte nie gefiebert. Sie hatte jedoch während der ganzen Zeit schlaflose Nächte und klagte über spontanen Schmerz, der von der Gegend des Warzenfortsatzes ausging und nach dem Kopfe hin ausstrahlte. Bei der Operation fand sich dann, dass der Warzenfortsatz frei und der Sinus vollständig von Eiter umgeben war.

Also diese Abscesse sind ja eigentlich extradurale Abscesse. Und wenn wir die anderen extraduralen Abscesse jetzt in Betracht ziehen, die vorkommen, so würde es sich in den meisten Fällen wohl gerade um perisinuöse Abscesse handeln; das ist wenigstens meine Erfahrung.

Dr. Toeplitz (Schlusswort): Ich habe diesen Fall vorgestellt, weil er einen so brillanten Verlauf nahm, und weil nichts darauf hindeutete, dass etwas am Sinus erkrankt war. Er bot vollständig das Bild einer Warzenfortsatzerkrankung. Ich habe einen solchen Fall auch jetzt in Beobachtung, in dem der Schmerz, ganz charakteristisch, genau an der hinteren Fläche des Warzenfortsatzes, vorhanden ist. Ein ähnlicher Fall ist kürzlich von Herrn Dr. Knapp in der „Academy" vorgestellt worden. In einem anderen Fall, der vor kurzem von Dr. Rose in's Hospital geschickt wurde, fand sich absolut kein Zeichen von Mittelohrerkrankung. Die Patientin klagte über nichts als Ohrensausen, und wenn man auf den hinteren Rand des Warzenfortsatzes drückte, hatte sie sehr empfindliche Schmerzen. Die Temperatur war nicht erheblich erhöht. Sie hatte nur 100,5 Grad und einen Puls von 84. Aber das Aussehen der Patientin war massgebend; es deutete auf

eine tiefer gelegene Eiterung. Die Frau hatte eine aschgraue Gesichtsfarbe, und obwohl sämmtliche Kollegen im Hospital darüber lächelten, dass ich die Absicht hatte, sie zu operiren, so habe ich doch, auf dieses pyämische Aussehen der Patientin hin, die Operation vorgenommen und den Eiter auch an der Stelle gefunden.

B. Zu Dr. Toeplitz, Fall b.

Dr. Gruening: Wir haben hier einfach einen Fall von Caries. Der Fall ist durch die Stacke'sche Operation geheilt worden. Das Resultat ist ganz gut, aber ich glaube man würde durch einfache Extraktion der Ossicula ebenso weit gekommen sein. Es ist das eine Operation, die sich leicht ausführen lässt. Hier ist auch weiter nichts geschehen, als dass die Ossicula entfernt wurden. Ich glaube daher nicht, dass eine Indikation für die Stacke'sche Operation in diesem Fall vorhanden war. Ich glaube vielmehr, dass diese Operation in Verruf gerät, wenn man sie in solchen Fällen ausführt, wo man durch eine leichtere Operation ganz gut auskommt und ein ebenso gutes Resultat erzielt.

Dr. Toeplitz (Schlusswort): Stacke giebt für seine Operation zwei Indikationen an, eine prophylaktische und eine vitale. In diesem Fall wurde die Operation prophylaktisch und zur radikalen Entfernung sämmtlicher krankhaften Theile ausgeführt. Die Chirurgen wenden das Prinzip an, dass sie, wenn sie Caries entfernen wollen, die Höhle möglichst freilegen, nachsehen, ob sie krankhaftes finden, und es dann entfernen. Kuester ist derjenige gewesen, der vor einigen Jahren den Otologen den Vorwurf gemacht hat, dass sie nicht chirurgisch genug vorgehen, und Stacke hat diesen Ruf aufgenommen und desshalb diese Operation erdacht. Ich glaube, dass wir durch Entfernung der Gehörknöchel allein, die ich jetzt in einer ganzen Reihe von Fällen angewendet habe, nicht das Resultat erreichen, welches wir event. radikal durch die Stacke'sche Operation erreichen können. Die Operation ist allerdings sehr mühsam, und mancher wird davor zurückschrecken, einen Patienten drei Monate lang täglich zu sehen. Sie ist an sich sehr schwierig, dauert drei Stunden und bedarf einer ausserordentlich genauen Technik; aber sie verlohnt sich mit Rücksicht auf die Resultate. Ich gebe zu, dass die Fälle durch Osziculektomie geheilt werden können, aber dieselbe hat ihre Bedenken, namentlich weil man im Dunkeln arbeitet.

C. Zu Dr. Stieglitz.

Dr. Koller: Das Symptom der Pupille ist allerdings nicht recht zu erklären. Es ist eine starke Verengerung der Pupille vorhanden, und das pflegt für die Lähmung des Sympathicus zu sprechen. Aber bei Sympathicus-Lähmungen pflegt der Bulbus eingesunken zu sein, hier ist der Bulbus vorgetrieben. Also eine Erklärung für diese hier bestehende Verengerung der Pupille liegt nicht vor.

DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

Diskussion über die von Dr. F. Lange in letzter Sitzung vorgestellten Präparate von Aktinomykose.

Das Wort wird nicht verlangt.

Dr. A. Rose demonstrirt namens des abwesenden Dr. F. Beck ein Instrument für Lumbarpunktion und verliest die eingesandte Beschreibung.

Behufs Vornahme der Quincke'schen Lumbarpunction ist meines Wissens eine gewöhnliche dünne Canüle, wie sie zumeist Aspirationsspritzen aufgesetzt wird, im Gebrauch. Die Nachtheile eines solchen Instruments für den genannten Zweck wurde mir in letzter Zeit, da ich häufig Gelegenheit hatte, die kleine Operation auszuführen, recht augenfällig. Dieselben sind meines Erachtens folgende:

1.) Mangel einer festen Handhabe, welche den Einstich schwieriger und unsicherer macht.

2.) Schwierigkeit, Flüssigkeit zu diagnostischen Zwecken — und dazu wird ja die Punction meistens ausgeführt — zu sammeln.

3.) Nichtvorhandensein einer Gradirung, so dass man nicht genau weiss, wie weit man einstechen soll.

Alle diese Mängel trachtet das vorliegende Instrument zu beseitigen. Es verfügt über ein starkes Manubrium, dessen gerinnter Lauf nach abwärts gerichtet ist, so dass die abträufelnde Flüssigkeit (sehr selten kommt das Cerebrospinalfluidum im Strahl) in einem darunter stehenden Schälchen (am Besten einem Petri'schen Schälchen) aufgefangen werden kann. Da eine geriffte Gradirung der Probenadel leicht zu Brüchigkeit führen könnte, so ist der Theil des Instruments, welcher der ungefähren Länge der Wirbelstichlänge bei einem Erwachsenen entspricht, dünner gearbeitet, als der folgende. Bei Kindern sticht man dementsprechend weniger weit ein und kann man füglich auch hierzu eine Scala, ähnlich wie man sie für die Intubationscanülen benützt, verwenden. Um die Flüssigkeit und den Rythmus ihres Ablaufs genauer beobachten zu können, wurde das Instrument zur Hälfte rinnenförmig construirt. Die Construction ist stark genug, um die gefürchtete Möglichkeit eines Abbrechens auch bei einem widerspenstigen und nicht narkotisirten Patienten vermeiden zu lassen. Für die Anfertigung des Instruments bin ich Herrn F. Eissner zu Dank verpflichtet.

Dr. F. Kammerer (Präparat eines Nierentumors demonstrirend): Das Präparat, das ich hier vorstellen möchte, stammt von einer 60-jährigen Patientin, die ihrer Angabe nach während der letzten sieben bis acht Jahre das Entstehen einer Abdominalgeschwulst beobachtet hatte. Als die Patientin in's Hospital kam, bot sie ein ziemlich kachektisches Aussehen und zeigte einen Tumor, der diagnostisch einige interessante Punkte bot. Der Tumor lag — ich will gleich vorausschicken, dass es sich um einen Nierentumor handelte — fast in der Mittellinie und war sehr beweglich. Bei der bimanuellen Palpation von der Lumbargegend aus lag er mehr rechts als links, und vom Abdomen, obwohl es, wie Sie sehen, ein Tumor von ziemlicher Grösse

war, gewann man nicht den Eindruck, den man gewöhnlich beim Abtasten grosser Nierentumore bekommt, das Gefühl einer harten Resistenz von der Lumbargegend aus. Im Gegenteil, der Tumor war leicht beweglich und schien dem mittleren Abdominalraum ganz zu entsprechen. Die Herren Gynäcologen des Deutschen Hospitals, welche den Fall untersuchten, stellten fest, dass er in keinem Zusammenhang mit dem Genitaltrakt stand. Sehr wichtig erwies sich in diesem Fall erst die Aufblähung des Darms und dann die cystoskopische Untersuchung. Durch das erste Verfahren konnte man deutlich nachweisen — die Aufblähung wurde in Narkose vorgenommen —, dass sich der ascendente und Quer-Colon füllten und auf der Innenseite des Tumors lagen. Bei der cystoskopischen Untersuchung konnte man ganz deutlich sehen, dass aus dem rechten Ureter kein Urin herauskam, während man aus dem linken Ureter den deutlichen Strahl des Urins beobachten konnte. Ich stellte die Diagnose auf Nierentumor, die sich dann auch bewahrheitete. Aber ich muss sagen, dass, trotzdem ich einige solche Fälle operirt, ich noch nie eine derartige Beweglichkeit eines grösseren Nierentumors beobachtet habe. Ich habe mich auch schon hin und wieder getäuscht. Ich habe einmal ein Carcinom am Uebergang des Quer-Colons in das descendirende Colon für einen Nierentumor gehalten, das absolut keine Erscheinung von Seiten des Darms machte. Wir wissen ja alle, wie schwierig es ist, grosse Tumoren genau zu lokalisiren, gerade solche, die die Lumbargegend und eine Seite des ganzen Unterleibs einnehmen. Was nun die Operation betrifft, so nahm ich in diesem Fall die transperitoneale Nephrektomie vor. Ich ging an der Seite des Rektus ein und hatte allerdings grosse Schwierigkeit, das Kolon vom Tumor zu entfernen. Der Tumor war in die Platte des Mesenteriums hineingewachsen und hatte das Kolon nach innen gedrängt, so dass dasselbe als breites Band zwischen dem perinealen Ueberzug und der Niere lag. Die Operation war nur so auszuführen, dass durch einen Schnitt über den Tumor das Peritoneum gespalten und die Geschwulst, d. h. die ganze Niere, enukleirt wurde. Der Darm musste auf's vorsichtigste nach innen geschoben werden, um seine ernährenden Gefässe nicht zu lädiren. Der Fall verlief glücklicherweise anfangs ganz gut. Es ist jetzt vier Wochen, das ich die Patientin operirt habe. Leider hat sie vor einigen Tagen einen ziemlich schweren apoplektischen Anfall bekommen, von dem ich aber erwarte, dass sie ihn überstehen wird. Der Tumor erwies sich als Carcinom der rechten Niere.*

Diskussion.

Präs. Dr. Willy Meyer: Was die erwähnte Beweglichkeit dieses Tumors betrifft, so kann dieselbe nur von einer beweglichen Niere herrühren. Die Symptome einer malignen Nierengeschwulst treten leider

*) Leider ist Patientin zwei Wochen nach Vorstellung des Präparates gestorben.

sehr langsam auf und wächst die Neubildung oft so weit in die Umgegend hinaus ohne palpable Vergrösserungserscheinungen, dass die allerersten greifbaren Symptome dann erscheinen, wenn das Nierenbecken plötzlich durchbrochen wird. Wenn man dann oft mit Hülfe des Cystoskops, die richtige Diagnose gestellt, so ist man bei der Operation überrascht, wie weit der Tumor schon an den Nierengefässen in die Höhe gekrochen. Aus dem Grunde kommen die Nierencarcinome meist zu spät zur Operation. Man sollte daher immer in Fällen von Hämaturie cystoskopiren, und zwar möglichst während der Hämaturie. Wenn in dem Falle Dr. Kammerer's bei Beobachtung der rechten Ureteröffnung längere Zeit kein Urin ausgeflossen ist, so darf man auf dieses Symptom nicht allzuviel Gewicht legen. Wie mich die Erfahrung bei der Katheterisation der Ureteren gelehrt, kann man oft bei Patienten mit sonst gesunden Nieren, die vielleicht nur Gries haben, 5, 6, 10 Minuten und noch länger warten, ehe auch nur ein Tropfen Harn von der Niere herunterfliesst. Natürlich muss man dabei erwägen, ob nicht Urin längs des Catheters in die Blase läuft, statt durch den Catheter.

Der vorgestellte Fall ist jedenfalls sehr interessant, und kann man Dr. Kammerer zu dem guten Erfolge gratuliren.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ehe wir in unserem offiziellen Programm fortfahren, gebe ich Herrn Dr. A. Rose das Wort, der das letzte Mal in der Diskussion über seinen Vortrag nicht zum Schlusswort gekommen ist.

Dr. A. Rose: Es ist mir sehr angenehm, dass ich noch einmal Gelegenheit habe, Herrn Dr. Jacobi meinen Dank für seine schönen, anerkennenden Worte über meine Arbeit und über die Einführung des praktischen Gebrauchs der griechischen Sprache auszusprechen. Als ich zum ersten Mal vor zwei Jahren in der Academy über diesen Gegenstand sprach, gereichte es mir zur ganz besonderen Genugthuung, dass Dr. Jacobi regen Anteil an der Sache nahm. Indess nachdem ich meinen Dank ausgsprochen, bin ich doch genötigt eine Entgegnung zu machen. Dr. Jacobi sagte, dass die griechische Sprache nicht abgeschlossen, nicht fertig sei, und dass dies ein Hinderniss sei, sie als internationale Sprache einzuführen. Ich kann das nicht gut verstehen. Es scheint mir, dass das gerade ein Vorteil der griechischen Sprache ist. Eine abgeschlossene, fertige Sprache ist eine tote Sprache. Das Lateinische würde in dieser Beziehung einen Vorzug verdienen. Aber in der That ist das kein Vorzug. Eine Sprache muss sich fortbilden und den neueren Ideen anschliessen können, und das thut die griechische Sprache besser als irgend eine andere. Es gibt gar keine Sprache, die uns für neue Dinge so viel Ausdrücke geben kann, wie es die griechische Sprache thut. Das beweist unsere Wissenschaft jeden Tag. Alle chemischen Erfindungen, pathologischen Entdeckungen werden mit griechischen Namen bezeichnet. Ich bedaure, dass die Diskussion nicht weiter fortgeführt werden konnte. Ich hoffte noch manche

Bemerkungen zu machen und durch eine allgemeine Diskussion viel Anregung zu weiteren Arbeiten zu erhalten, aber die Zeit erlaubte es nicht mehr, und so hoffe ich vielleicht ein anderes Mal Gelegenheit zu haben, den Gegenstand weiter fortzuführen.

Präs. Dr. Willy Meyer: Meine Herren! Am vierten Februar d. J. ist unser früheres Mitglied, Dr. Paul Pankritius, durch eine selbstgenommene Ueberdosis von Morphin aus dem Leben geschieden. Der zugezogene Arzt hat mit Sicherheit konstatirt, dass Suicidium ausgeschlossen ist. Die meisten von Ihnen haben Dr. Pankritius gewiss gekannt und wegen seines offenen, biederen Wesens lieb gewonnen. Er war ein verhältnissmässig junges Mitglied des Vereins. Es ist sehr zu bedauern, dass er so von uns geschieden ist. Ich bitte Sie, sich zum Andenken des Verstorbenen von Ihren Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

(Fortsetzung folgt,)

Therapeutische Notizen.

— Der Vaginismus, jener durch schmerzhafte Hyperästhie und krampfhafte Contractur des vulvovaginalen Muskelapparates gekennzeichnete Zustand, kann durch verschiedene Ursachen bedingt sein, wie Hysterie, Vulvovaginitis, Erosionen, Ulcerationen oder Fissuren der Vulva, gewisse Affectionen der Urethra (Polypen u. dgl.), der Blase, des Anus u, s. w. Für die Behandlung des Vaginismus gibt Touvenaint („Rev. int. de Méd. et de Chir.", 1896, Nr. 11) folgende Anhaltspunkte: Die Behandlung ist eine allgemeine und eine locale. Die Allgemeinbehandlung, obwohl an sich unzureichend, darf nicht vernachlässigt werden, muss vielmehr von vornherein eingeleitet werden. Es kommen hier die Hydrotherapie und Antinervina, wie Brom- und Valerianapräparate, in Betracht. Man verschreibt beispielsweise:

Rp. Stront. bromat.
Kal. bromat.
Ammon. bromat. .... aa. 5.0
Aq. dest. 250.0
S. 2mal täglich 1 Esslöffel voll zu nehmen.

oder:

Rp. Zinc. valerian. 0.05
Chinin. valerian. 0.10
Extract. opii
Extract. belladonn. .... aa. 0.01
F. pil.
3—6 Stück täglich.

Auch die Tonica (Chinin, Eisen, Arsen) sind in gewissen Fällen von Nutzen. Die locale Behandlung ist eine medicamentöse und eine chirurgische. Erstere besteht in täglichen Sitzbädern, Waschungen der Vulva mit sehr warmen antiseptischen Lösungen, Einreibungen mit Salben, wie:

Rp. Extract. opii
Extract. belladonn. .... aa. 2.0
Unguent. popul. 30.0

Ausserdem kann man in die Vagina Suppositorien von folgender Zusammensetzung einführen lassen:

Rp. Extract. ratanh. 1.0
Morph. hydrochlor. 0.02
Butyr. cacao 4.0
F. Suppos.

oder:

Rp.	Cocain. muriat.	0.15
	Butyr. cacao	4.0
	F. suppos.	
Rp.	Cocain. mur.	0.20
	Extract. belladonn	0.10
	Stront. bromat.	0.25
	Butyr. cacao	5.0
	F. suppos.	

Diese Suppositorien haben zwar nur einen vorübergehenden Effect, aber sie gestatten wenigstens kurz nach der Application einen schmerzlosen Coitus. In gewissen Fällen leistet die Elektricität, und zwar die Faradisation mit vaginaler, bipolarer Elektrode, gute Dienste. Die chirurgische Behandlung endlich ist je nach dem Falle verschieden und besteht in Excision des Hymens oder der Carunculae myrtiformes oder in der Exstirpation eines Polypen der Urethra, eines subcutanen schmerzhaften Knötchens (Neurom) u. s. w. In gewissen Fällen führt die forcirte Dilatation in der Narkose zum Ziele. Wenn auch diese versagt, was selten ist, kann man die Durchschneidung der perivulvären oder tieferen Nervenbündel versuchen.

— Die von Unna angegebene Behandlung des Lupus mit Salicyl-Kreosotpflaster hat sich Dubreuilh und Bernard („Monatschr. f. prakt. Dermat." und „Zeitschr. f. prakt. Aerzte", 1896, Nr. 13) in einer Reihe von Fällen bewährt. Sie rühmen die elective Wirkung der Salicylsäure für die Aufsuchung der Tuberkel in den Lupusherden. Das gesunde Gewebe wird nicht angegriffen, dagegen zerfallen die Tuberkel bei Application des Salisylpflasters. Der Kreosotzusatz dient dazu, die Schmerzen, die die Salicylsäure verursacht, zu verringern. Verfasser haben von den 6 verschiedenen Stärken des Salicyl-Kreosotpflasters, die in dem Katalog von Beyersdorf aufgeführt sind, die Nummern 76, 78 und 79 verwandt. Die Schmerzen dauern etwa eine Minute und können ganz hintangehalten werden, wenn man vor der Application des Pflasters Cocain aufpiselt. Jeden Tag wird ein frisches Stück aufgelegt, nachdem die Fläche mit feuchter Watte gereinigt ist. Der Rand des Pflasters wird zur Befestigung mit warmem Zinkleim bestrichen und darauf Watte gelegt. Der Zinkleim verbindet sich mit der Watte, und so wird die Verschiebung verhütet. Nach mehrmaliger Anwendung markiren sich die Tuberkel durch Ulcerationsstellen, die mit der Zahl der Anwendungen immer tiefer werden. Auch in fibromatöse Lupusnarben eingebettete Knötchen werden zerstört. Daher wird auch der Lupus sclerosus angegriffen. Unter fortgesetzter Anwendung des Pflasters entstehen gesunde Granulationen; durch die es zur Heilung kommen kann. Meistentheils kommt sie erst zu Stande, wenn man eine Borsalbe oder Zinksalbe anwendet. Durchschnittlich war eine zwanzigmalige Anwendung nothwendig. Aus den

weiteren Ausführungen ist ersichtlich, dass auch dieses Pflaster nur eines derjenigen Mittel ist, das uns unter günstigen Bedingungen gute Dienste leisten kann und oft auch nur durch Combination mit chirurgischen Methoden oder chemischen Aetzmitteln. Verfasser resumiren dann die Situationen, in denen sie das Mittel für indicirt halten: 1. Wenn die Patienten von einer operativen Behandlung gar nichts wissen wollen. Sie halten dann unter den chemischen Aetzmitteln das Salicyl Kreosotpflaster für schonender als Aetzkali und Sublimat und für weniger gefährlich und schmerzhaft als die Arsenikpaste. 2. Die Formen, bei denen die Pflasterbehandlung die besten Erfolge verspricht, bildet der Lupus superficialis. Werthvoll ist die Wirkung auch deswegen, weil die Salicylsäure noch Knötchen kenntlich macht, die dem unbewaffneten Auge entgangen sind. Aber auch bei den oberflächlichen Formen sind wegen der nicht genügend eingreifenden Wirkung noch andere Mittel nothwendig, um Rückfälle zu verhüten. 3. Bei der operativen Behandlung des Lupus kommt es häufig vor, dass nach dem Eingriff die Heilung erst rasche Fortschritte macht, um dann plötzlich still zu stehen. Häufig erweist sich dann noch die Pflasterbehandlung von Erfolg, indem die Ulcerationen sich überhäuten.

— Die Behandlung des Keuchhustens nach Raubitschen empfiehlt Rocco. Die Methode besteht darin, dass ein in 1 ‰ Sublimatlösung getauchter Wattepropf oder Pinsel in den hinteren Rachenraum eingeführt und an den Zungengrund und die Epiglottis angedrückt wird. Beim Herausziehen des Pinsels werden die Gebilde des weichen Gaumens bestrichen. Verf. hat eine grössere Anzahl von Keuchhustenfällen behandelt und betont, dass bei dieser Behandlung niemals Intoxikationserscheinungen beobachtet wurden. Das bei Keuchhusten so häufige und hartnäckige Erbrechen verschwand stets im Verlaufe der Sublimatbehandlung. Die Methode von Raubutschin führt zwar nicht nach 2—3 Pinselungen zu sicherer Heilung, sie ist jedoch immerhin allen anderen, bisher angegebenen Behandlungsmethoden des Keuchhustens überlegen.

Allerlei.

— Die Fabrikation von Heilmitteln und die ärztlichen Erfolgsberichte. Die medicinalpolizeiliche Beaufsichtigung der Apotheken genügt heutzutage, wo der Apotheker nur wenige pharmaceutische Präparate selbst bereitet, die meisten aber fertig von Specialitäten- und Heilmittel-Fabrikanten bezieht, durchaus nicht mehr, um dem Arzt und den Kranken eine einigermassen sichere Gewähr für die Echtheit und Reinheit der verordneten Mittel zu geben. Recht auffällig tritt dies auch bei den Präparaten der Organotherapie aus Hoden-, Eierstock-, Schilddrüsen-, Pankreas-, Nerven-, Herz- und Nierensubstanz hervor. Ein drastisches Beispiel

giebt dafür folgende Bemerkung, welche Professor Dr. A. Socin in Basel in seiner Arbeit über die Bedeutung der Castration für die Behandlung der Prostata-Hypertrophie (Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte Nr. 17, 1896) macht: „Nebenbei schalte ich hier ein, dass es gebildete Thierärzte giebt, welche die Prostata nicht kennen und mit den Samenblasen verwechseln. Ich kenne eine chemische Fabrik, welche in Folge einer solchen Verwechslung statt Prostatasaft ihren Abnehmern constant Samenblasenextract liefert, und ich kenne Collegen, welche mit den falschen Prostatapastillen ausgezeichnete organotherapeutische Erfolge zu verzeichnen haben. — Der Rest ist Schweigen!"

— Als „Verkleisterung der Luftröhrenäste" bezeichnet C. Gerhardt („Centralbl. für inn. Med.", 1896, Nr. 20) einen Befund, den er bei einem Bäckergesellen erhoben hat und der darin bestand, dass neben einer Infiltration eines Lungenabschnittes sich noch 2½ Wochen nach dem Aussetzen der Arbeit Weizenstärke im Auswurf fand. Diese Beobachtung, welche G. in noch drei weiteren Fällen zu machen Gelegenheit hatte, dürfte für das so häufige Vorkommen von Asthma bei Bäckern und Müllern nicht ohne Bedeutung sein.

— Wie die „V. Z." aus Memel berichtet, werden die Untersuchungen des Geheimraths Koch über die Lepra das Ergebniss haben, dass ein Leprakrankenhaus in einer Baracke auf der Süderspitze bei Memel eingerichtet werden wird.

— In London starb am 24. v. M. der emeritirte Professor der Chirurgie am University College Hospital, Sir John Eric Erichsen. Sein Hauptverdienst besteht bekanntlich darin, dass er durch sein im Jahre 1866 erschienenes Werk „on railway and other injuries of the nervous system" zuerst auf die am Anschluss an Eisenbahnunfälle sich entwickelnden nervösen Störungen hinwies und so den Begriff der „Railway-spine" aufstellte.

— In Cambridge starb der Professor der Chirurgie (früher der Anatomie) an der Universität Sir George Murray Humphry.

— Moskau. Der Vorstand der internen Klinik, Profssor Sacharjin, hat infolge gegen ihn gerichteter Studentendemonstrationen sein Lehramt niedergelegt.

— In der Pariser Société de médecine publique erörterte kürzlich Dronineau zwei Fälle von Petroleumvergiftung. Auf einem Cisternendampfer, welcher Petroleum nach La Rochelle gebracht hatte, waren Arbeiter damit beschäftigt, aus dem Schiffsraume das Oel in Tonnen zu pumpen, welche am Ufer standen; die Pumpe stand auf dem Schiffdecke, in der Nähe der zur Cisterne führenden Luke. Die Luke war unmittelbar vor dem Beginn der Arbeit geöffnet worden, nachdem sie vorhergegangener Festtage wegen zwei Tage lang geschlossen geblieben war. Am Abend des betreffenden Tages erkrankten zwei von den Arbeitern unter den Erscheinungen der Trunkenheit; der eine, ein 34-jähriger robuster Mann, verfiel nach längerem Toben

in tiefen Schlaf, aus dem er mit fast vollständiger Erinnerungslosigkeit für das Vorgefallene erwachte; der andere, ein 16-jähriger Jüngling, bei dem später eine Aorteninsufficienz gefunden wurde, war schon einige Tage vorher einmal auf dem Schiffe ohnmächtig geworden; nun fiel er nach dem Toben in einen Zustand von Hinbrüten, der etwa eine Woche andauerte, mit 38 Pulsschlägen und 42 Athemzügen in der Minute. Alkoholismus, Hysterie etc. waren bei beiden Erkrankten ausgeschlossen. Der jüngere Arbeiter erhob nun eine Entschädigungsklage gegen die Petroleumgesellschaft; die Sachverständigen erklärten, dass die Krankheit durch Einathmung von Petroleumdämpfen entstanden sei, und dass die Schwere der Erscheinungen durch ein bestehendes organisches Herzleiden begründet war. Dronineau machte nun darauf aufmerksam, dass an Petroleumquellen ähnliche Beobachtungen gemacht worden sind, dass sie aber beim Umfüllen aus den Reservoirs in Fässer nur dann vorkommen, wenn der Abschluss der Pumpen und Transportgefässe ungenügend sei; es treffe hier also die Ausserachtlassung einer hygienischen mit einer schon aus anderen Gründen, nämlich der Feuer- und Explosionsgefahr, nothwendigen Sicherheitsmassregel zusammen.

— Im Krankenhause hat der Arzt den Oberbefehl. Auf dem Festmahl des Chirurgen-Congresses im Kaiserhof (Berlin) brachte der Cultusminister Dr. Bosse einen vielbemerkten Trinkspruch aus, in dem er unter lebhaftem Beifall der Versammlung erklärte, in den Krankenhäusern habe Niemand als der Chirurg zu befehlen, weder der Geistliche noch die „Schwester" hätten dem ärztlichen Leiter dreinzureden. Herr Bosse sagt mit diesen Worten nur Selbstverständliches, trotzdem aber verdient er vollen Dank dafür. Man erinnert sich der Vorgänge in der Universitätsklinik zu Kiel, wo die Vorsteherin des weiblichen Pflegepersonals ein Obeaufsichtsrecht geltend machen wollte, gegen welches die ärztlichen Leiter mit erfolgreicher Entschiedenheit protestiren mussten. Vielleicht hat dem Mnister auch die unerfreuliche Affaire vorgeschwebt, die sich hier kürzlich im Augustahospital zugetragen. Ein Generalmajor von der Lippe wurde gegen Wissen und Willen des dirigirenden Arztes, des Prof. Ewald, von einem Dresdener Magnetiseur einige Tage in der Anstalt selber behandelt. Nur der Nachgiebigkeit des Prof. Ewald war es zu danken, dass die Sache nicht zu einem Conflikt führte, der für einige hochgestellte Personen nichts weniger als angenehm hätte ausgehen müssen. (Leipz. Tagebl.)

— Tod eines wenige Tage alten Kindes durch die äussere Anwendung von Carbolsäure. Von Dr. Cohn (Vierteljahrsschrift f. ger. M. XI, 2). Bei einer Kindesleiche zeigt sich um den Nabel ein grosser schwarzer Fleck. Die Hebamme hat einen mit Carbolsäure befeuchteten Lappen auf den Nabel gelegt. Die verfärbte Stelle hat eine viereckige Form und abgerundete Ecken, ist 6 cm. breit. 4½ cm. hoch. Un-

terhalb des Nabels, dessen Gefässe nicht vollständig geschlossen, sind die Bauchdecken kupferroth. Beim Oeffnen der Bauchhöhle scharfer Carbolsäuregeruch. Erscheinungen einer akuten Peritonitis. Auch der dunkle Harn riecht nach Carbolsäure. Durch Resorption der äusserlich verwendeten Carbolsäure kam es zur Entzündung, die das Ableben des Kindes durch eine Carbolsäurevergiftung hervorrief.

Eingesandt.

Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften für practische Aerzte und Specialärzte. 102. bis 106. Lieferung.

Berliner Klinik.

Heft 97. Die Behandlung der Hornhaut-Entzündung. Von Dr. M. Straub, Amsterdam.

Heft 99. Die Tuberkulose der Tonsille bei Kindern. Von Dr. Eugen Schlesinger, Berlin.

Heft 93. Die Untersuchung des Mundes und des Rachens. Von Dr. Gustav Spiess.

Heft 94. Der geburtshülfliche Greif-Messhebel (Préheuseur-Levier-Mensurateur). Von Prof. L. H. Farabeuf, Paris.

Heft 96. Behandlung der Hüftankylosen. Von Adolf Lorenz, Wien.

Heft 98. Ueber Schwefelkohlenstoffvergiftung. Von E. Stadelmann, Berlin.

Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz. (Durch Lemcke und Büchner).

III. Reihe, 10. bis 12. Heft. Beiträge zur Kenntniss einiger praktisch wichtiger Fracturformen. Von Dr. Theodor Kocher, Bern.

IV. Reihe, 2. Heft. Petites Contributions à la Pathologie du système nerveux. Par E. de Cérenville et H. Stilling, Lausanne. Fascicule premier.

IV. Reihe, 3. Heft. Ueber das Verhalten der Gallenblase bei dauerndem Verschluss des Ductus choledochus. Von Dr. Th. Ecklin.

IV. Reihe, 4. Heft. Beiträge zur Lehre von der acuten Miliartuberculose, etc. Von Dr. Arnold Sigg, mit einer Einleitung von Dr. Hanau, St. Gallen.

Beiträge zur Kenntniss von Verlauf und Behandlung der tropischen Malaria in Kamerun. Von Dr. Albert Plehn.

Die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit, etc. Von Dr. Hans Kehr.

Leitfaden der Krankenwartung. Von Dr. Salzwedel.

Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenesis, etc. Von Prof. C. Lange in Kopenhagen. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. Hans Kurella.

Ueber Spaltung der Persönlichkeit (sogenanntes Doppel-Ich). Von

Dr. Freiherrn von Schrenck-Notzing, pract. Arzt in München. (Durch Lemcke und Büchner.

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von Dr. Paul Heymann. 2., 3. und 5. Lieferung.

Schweizer Kur-Almanach. Kurorte, Bäder und Heilquellen der Schweiz, von Dr. med. H. Loetscher.

Von Sudhausen's Sprachführer für die ärztliche und pharmaceutische Praxis. Deutsch-englisch und englisch-deutsch.

Klinik der Neurosen, I. Nervöse Anlage und Neurasthenie. Von Dr. Otto Dornblüth.

Das Wasser in der ärztlichen Praxis. Von Dr. Simon Baruch.

A Critcal Analysis of Dr. Winter's Clinical Observations on the Antitoxin Treatment of Diphtheria; by John Winters Brannan, M. D. Reprint from the Medical Record, June 20, 1896.

Insanity, etc. An Address before the Society of Medical Jurisprudence; by Hon. David McAdam.

Studies on the Healing of Wounds, with special reference to the Iodine Preparations; by Prof. N. Zuntz and Dr. Ernst R. W. Frank. From Am. Med. Surgical Bulletin, Aug. 15, 1895.

Nosophen als Ersatzmittel des Jodoform. Von Dr. G. Noack, Stolberg. Separatabdruck der Münch. Med. Wochenschr. No. 35, 1896.

Die Krankheiten der Warmen Länder. Ein Handbuch für Aerzte. Von Dr. B. Scheube, Fürstl. Physikus und Sanitätsrat in Greiz. Früherem Professor an der Medicinschule in Kioto (Japan). Jena. Verlag von Gustav Fischer, 1896. Uebersetzt vom Verleger. (Besprechung vorbehalten.)

Büchertisch.

Von Sudthausen's Sprachführer für die ärztliche und pharmaceutische Praxis. Deutsch-Englisch und Englisch-Deutsch. Leipzig. Verlag von Eduard Besold.

Referent hat mit einem gewissen Interesse die Beurtheilung des genannten hübsch ausgestatteten Werkchens verfolgt, und hält es gerade deshalb für seine Pflicht, sein Urtheil darüber abzugeben, das vielleicht nicht ganz ohne Werth sein mag, da Ref., wie jeder hier lebende Arzt, täglich Gelegenheit hat, die medicinischen Ausdrücke in beiden Sprachen zu vergleichen und zu gebrauchen.

Das Buch leidet an zwei Cardinalfehlern; erstens ist es von einem Mann geschrieben, der die medicinischen Ausdrücke, die er ins Englische übersetzen will, auf Deutsch nicht versteht, z. B., Rötheln — measles, Schenkelbruch — fracture of the thigh, Oberschenkel — Upper part of the thigh, Unterschenkel — lower part of the thigh, Fettgeschwulst — wen!!

Zweitens ist der Verfasser kein Lexicograph, oder er würde nicht sagen, ulcer a t i o n of the stomach, statt ulcer of the stomach, und nicht, cancer o f the mouth, i n the stomach, und o n the tongue. Dass er stomack mit c k schreibt, ist ein besserer Beweis für seine Kenntniss der Shakespeare'schen Sprache (siehe Lear, V, 3, 74), als des heutigen modernen Englisch. Dies nur einige Beispiele aus vielen.

Zum Schluss, Gott sei dem armen deutschen Arzte gnädig, der seine Aussprache nach Verfassers Angaben erlernt, welche auf der Höhe eines Leitfadens für Dienstmädchen zur raschen Erlernung der englischen Sprache steht. Als Beispiel hiervon, sowie des idiomatischen Englisch als solchen, möge folgende Probe dienen:

fohr feh'schi-âl njuh-räl'dschi-å. Nöb ew'ör-i haff aur dhe ßohr plahß âs lahrdsch âs eh pih oh'wör uidh diß eunt'ment böt tehk fehr dhät juh duh not get tuh nihr juhr ei. Kiliani.

Klinik der Neurosen I. Nervöse Anlage und Neurasthenie. Von Dr. Otto Dornblüth. Leipzig. H. Hartung und Sohn. Uebersetzt von Lemcke und Büchner, New York.

Dies ist der erste Teil einer in drei Abschnitten zu erscheinenden Klinik der Neurosen, wovon die beiden anderen Hysterie und Epilepsie behandeln werden. Der Verfasser, der auch schon ein Kompendium der Psychiatrie herausgegeben, beschreibt in diesem kurzen Buche von 136 Seiten präcise und knapp die nervöse Anlage und Neurasthenie, sowie deren Behandlung in einer für den praktischen Arzt wertvollen Weise. Besonders die sonst vielfach vernachlässigte nervöse Anlage mit ihren Erscheinungen und die Verhütung und Behandlung derselben sind von Interesse. Verf. befindet sich durchweg auf völlig modernem Boden. K.

Durch ein bedauerliches Versehen des Druckers wurde ein Theil des Protokolls der Deutsch-Med. Gesellschaft mit so sinnstörenden Druckfehlern veröffentlicht, dass wir dasselbe hiermit noch einmal in corrigirter Form folgen lassen. Der Redakteur.

1. Vorstellung von Patienten.

Demonstration von Präparaten.

a. Dr. F. Schwyzer: Eine Anzahl Präparate zur Illustration von Krankheiten des Mediastinums.

Ich möchte Ihnen einige Präparate vorzeigen, welche zum Theil aus dem Sectionsmaterial des deutschen Hospitals stammen und die so ausgewählt sind, dass sie einen Ueberblick über die häufigeren Krankheiten des Mediastinums gewähren.

Wir müssen unterscheiden zwischen Krankheiten des bindegewebigen Sackes, den man Mediastinum nennt, und Erkrankungen der Organe des Mediastinalraums. Zu den ersteren gehören die eiterigen Entzündungen, wie sie hie und da z. B. nach Tracheotomien vorkommen, oder in Folge Perforation eines Oesophaguskrebses oder derglei-

chen; ferner die chronisch fibröse (schwielige) Mediastinopericarditis (Kussmaul); ferner die chronischen Entzündungsvorgänge tuberculöser oder luetischer Natur, welche zur Bildung der specifischen Granulationsgeschwülste führen können. Auch Senkungsabscesse sind nicht sehr selten. Die Erkrankungen der Organe des Mediastinalraumes sind für die klinische Diagnostik von grosser Wichtigkeit. Ich will nur einige erwähnen: Aortenaneurysmen, Tumoren und Abscesse der Thymus, der Lymphdrüsen, aberirter Thyreoideae, Neoplasmen und infectiöse Granulationsgeschwülste von Trachea, Bronchi, Oesophagus etc., dann Divertikel der Speiseröhre, Geschwülste des Ductus Toracicus u. s. w.

Die Diagnostik der Mediastinalerkrankungen stützt sich in erster Linie auf Percussion und Auscultation, sodann auf die Symptome der Compression der Mediastinalorgane, der Luftwege, der Blut- und Lymphgefässe, der Nerven, speciell des Recurrens auf allfällige Verlagerung des Herzens etc., auf Symptome von Seiten des Sternums oder der Wirbelsäure etc.

Zunächst zeige ich Ihnen zwei Präparate, welche sehr ähnliche Symptome machten und doch zwei total verschiedene Krankheitsprocesse darstellen. Beide Patienten boten in Vivo Zeichen von Oedem und Stauung im Gebiet der oberen Hohlvene, also im Kopf, Hals und Armen.

Fall I. ist ein Mediastinaltumor. Derselbe stammt von einem 35-jährigen Manne, welcher einige Monate krank gewesen war und noch wenige Wochen vor seinem Tode eine schwere Unterlappenpneumonie links überstanden hatte. Er zeigte mässige Cyanose der oberen Körperhälfte und starkes Oedem daselbst. Das Herz war stark links verschoben. Spitze in der linken Axillarlinie und auf VIII. Rippe. Das ganze Mediastinum ist mit weicher Tumormasse ausgefüllt, ebenso die linke Fossa axillaris und jugularis. Das Rundzellsarcom war in Lunge und Pericard hineingewachsen und hatte Herzgefässe zum Theil comprimirt. Der Ausgangsherd des Sarcoms ist nicht mehr festzustellen, doch ist es der Form nach eher ein Lymphosarcoma thymicum, während Lymphdrüsensarcome mehr gelappt sind.

Fall II. wurde mit Recht als Mediastinaltumor angesehen, Oedem und Cyanose der oberen Körperhälfte, Recurrenslähmung. Die Section ergab ein Aneurysma der Aorta, mit Durchbruch in die Vena cava superior. Ich habe das Präparat vor einigen Wochen an anderem Orte vorgestellt und zeige es hier nur der Vollständigkeit halber.

Fall III. Der Patient, von welchem dieses Präparat stammt, bot eine so interessante Leidensgeschichte dar, dass ich Ihnen einige Daten daraus hervorheben möchte. Vor zwei Jahren fing Patient über Dyspnoe und Schmerz über der linken Clavicula zu klagen. Er consultirte viele Aerzte, bis schliesslich Dr. Adler die Diagnose „Gumma des Mediastinums und der Fossa supraclavicularis sin.“ stellte. Er zeigte damals über dem oberen Theile des Sternums Dämpfung und oberhalb

der linken Clavicula eine Vorwölbung. Eine Schmiercur hatte günstigen Effekt — der Patient konnte die Reise nach Aachen wagen. Später ging Patient zu Gerhardt, welcher die Diagnose einer syphilitischen Stenose der Luftwege bestätigte. Die Gummata links über dem Oberlappen der Lunge waren verschwunden. Gerhardt schickte den Kranken zu Seifert nach Würzburg, welcher einen ziemlich genauen Lungenstatuts in der „Münch. Med. W. S.,“ No. 31, 1895, veröffentlichte.

Seifert diagnosticirte Narbenstenose der Trachea an der Bifurcation — die Dämpfung im vorderen Mediastinum war fast ganz verschwunden — ein Aortenaneurysma schloss er mit Bestimmtheit aus. Er ausculirte auch direct mittelst Otoskop und Sonde und konnte die Aortentöne eigenthümlich klingend hören — auch dadurch schloss er mit absoluter Sicherheit ein Aneurysma aus. Auch Matterstock fand kein Aneurysma. Fast ein Jahr lang fühlte sich Patient erträglich wohl, er liess sich schmieren und genoss Jodkali. Im Herbst 1895 wurde hier drüben wieder bougirt. Im November bekam er mehrere Erstickungsanfälle — einmal während des Bougirens — dann starb er nachdem er einige Tage gefiebert und eitrige Massen ausgehustet hatte. Wir wollen nun sehen, wie die anatomische und klinische Diagnose stimmen — Herr Dr. Ehrmann wird vielleicht die Güte haben, über die letzten Wochen des Patienten zu berichten.

Die Hauptpunkte des anatomischen Befundes sind: Gumma an der vorderen Wand der Trachea, nahe der Bifurcation, mit submucösem Abscess und Durchbruch der Trachealwandung. Kleineres Gumma unten an der Bifurcation. Beinahe completer Durchbruch des grossen Gummas in das Aortenaneurysma. — Endlich ist zu erwähnen, dass die Pleurablätter über dem linken Oberlappen sehr verdreht und theilweise verwachsen waren.

Die Erstickungsanfälle der letzten Lebenstage waren sicher auf Rechnung des submucösen Abscesses zu setzen, der sich entleerte und wieder füllte.

Das Aneurysma kann durch syphilitische Läsion der Media entstanden sein — ich möchte aber eher das folgende annehmen: Vor der antiluetischen Behandlung war das Mediastinum mit einigen grösseren Gummata gefüllt, der Arcus Aortae von denselben umgeben. Dieselben wuchsen an Trachea, Rippen, Clavicula etc. fest und können bei der Heilung einen Zug auf die Aosta ausgeübt haben — also ein Aneurysma per tractionem.

Der Mann war unrettbar verloren — weder Mercur noch Localbehandlung hätten in den letzten Monaten dem Verhängniss Einhalt geboten — wir können Collegen Ehrmann nur gratuliren, dass der Durchbruch des Aneurysmas nicht während des Sondirens erfolgt ist.

Stöcklin hat im „A. f. kl. Med.,“ Band 55, 1895, einen ähnlichen Fall beschrieben. Ein 17-jähriges hered. luet. Mädchen starb nach längeren dyspnoischen Erscheinungen an einer Lungenhermorrhagie —

ein Gumma hatte die Vena anonyma sin. eröffnet und war in die Trachea durchgebrochen. Die Trachealwand war geschwürig zerfallen, die Bronchialdrüse gross und zum Theil verkäst. Gummata fanden sich auch in Leber, Nieren und Milz.

Döhle (A. f. kl. Med., 55, p. 190) Syphilis und Aneurysma: strahl. Narben der Aorta — Durchbruch derselben in Folge dissecirender luet. oder gummösen Processe der Media.

Fall IV. Lipomatöse Geschwulst des vorderen Mediastinums.

Es stammt von einem Patient, der an einem Herzfehler im deutschen Hospital zu Grunde ging.

Die Section ergab Mitralinsufficienz mit Stauungserscheinungen und Oedemen und eigenthümlich gelappten Tumor, der mikroskopisch nur aus Fettgewebe besteht im vorderen Mediastinum, daneben zeigte die Leber luetische Veränderungen. Ein klinisches Interesse hätte der Fall nur, wenn die Fettgeschwulst grösser wäre, doch ist die Form derselben merkwürdig. Athmung und Herzaction scheinen zusammen gewirkt zu haben, um diese Hahnenkammartigen Gebilde zu schaffen.

Fall V. Endlich ist es mir durch die Güte von Herrn W. Meyer noch möglich, Ihnen eine Dermoidcyste aus dem vorderen Mediastinum zu zeigen, welche er vor Kurzem exstirpirt hat. Teratome in dieser Gegend sind sehr selten — Jores hat in Virchow's Arch. 123, p. 66, 1893, eine grosse Dermoidcyste gleicher Localisation beschrieben, welche theilweise sarcomatös degenerirt war. Er erwähnt noch fünf ähnliche Fälle. Auch Lebert (Handb. f. Med., 2, p. 140, 1859) beschreibt einen ähnlichen Fall.

Mikroskopich ist unsere Cyste ein gewöhnliches Dermoid — spärliche Epidermisreste, keine Drüsen, Haare. —

Verzogen.

Dr. SALO. COHN, 224 E. 79. St.
Dr. S. POLLITZER wird seine Office nach 64 E. 58. St. verlegen.
Dr. A. SCHAPRINGER wird seine Office ebenfalls nach 64 E. 58. St. verlegen.

An die Leser.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: "Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

OTTO G. T. KILIANI,
133 E. 57. Str.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

herausgegeben von

Dr. E. Bachmann, Dr. J. Brettauer, Dr. A. F. Buechler, Dr. A. Caillé, Dr. F. Foerster, Dr. E. Fridenberg, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Lange, Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. F. Schwyzer, Dr. G. Seeligmann, Dr. A. Seibert, Dr. G. Troje.

Redigirt von

Dr. OTTO G. T. KILIANI.

Bd. VIII. New York, November 20. 1896. No. 11.

ORIGINALARBEITEN.

Dürfen Syphilitische heirathen?

Von

Dr. Hermann G. Klotz.

Meine Herren! Angesichts der ausgiebigen Behandlung, welche die Frage, ob Syphilitische heiraten dürfen, schon öfter in ärztlichen Gesellschaften und Congressen gefunden hat, und der eingehenden Bearbeitung derselben in dem bekannten Buche Furrier's dürfen Sie nicht erwarten, dass eigentlich Neues darüber vorzubringen sei. Dennoch dürfte eine Discussion derselben in unserer Gesellschaft wohl dadurch zu einer fruchtbringenden werden, wenn dieselbe zu einem lebhaften Austausch der Erfahrungen der Collegen führen wird. Leider ist eine streng wissenschaftliche Behandlung der Frage, wie man sie heutzutage verlangen möchte, bei dem jetzigen Stande unseres positiven Wissens über das Wesen der Syphilis, überhaupt nicht möglich. Ist es auch wenig zweifelhaft, dass wir dieselbe als eine Infectionskrankheit anzusehen haben, so ist uns doch ihre wahre Ursache nicht mit Sicherheit bekannt. Dass es sich um einen Parasiten handelt, ist eine noch unbewiesene Annahme, wie derselbe aussehen mag, in welcher Weise er die Symptome der Krankheit her-

vorbringt, welches seine ferneren Schicksale, darüber wissen wir so gut wie nichts, und haben wenig Aussicht etwas Bestimmtes zu erfahren, so lange es uns noch an einem geeigneten Object für das Thierexperiment fehlt. Unser Wissen ist daher mehr weniger auf klinische Beobachtung und Erfahrung angewiesen. Manche Frage würde sich wohl auf diesem Wege in befriedigenderer Weise lösen lassen, wenn es möglich wäre, eine sichere Statistik über Syphilis zu bekommen. Allein die lange Dauer des Verlaufs mit den ausgedehnten Perioden völliger Symptomenabwesenheit, die grosse Unkenntniss des Publicums und vor allem die moralische oder sociale Stellung der Krankheit, welche die Verheimlichung und Verbergung derselben für die Meisten wünschenswerth oder nothwendig macht, stehen der Erlangung sicherer und genügend umfassender Data hinderlich im Wege.

Nehmen wir die Frage wörtlich wie sie uns vorliegt so hängt die Beantwortung wesentlich davon ab, wie wir den Begriff Syphilitische verstehen. Wenn diejenigen gemeint sind, welche momentan mit activen Symptomen secundärer und tertiärer Lues behaftet sind oder die sich in einer Periode der Krankheit befinden, in der solche Symptome häufig vorkommen, so wird die Antwort anders lauten, als wenn wir als Syphilitische alle diejenigen bezeichnen, die jemals in ihrem Leben mit dem Gift der Syphilis inficirt worden sind. Im ersten Falle werden wir ohne langes Zaudern mit Nein antworten, im anderen Falle wird sich die Antwort in der Hauptsache gestalten, je nach der Ansicht des Einzelnen über die Prognose der Syphilis im Allgemeinen, die bekanntlich sehr verschieden sein mag. Als Extreme finden wir diejenigen, welche in der Syphilis eine an und für sich begrenzte und vorübergehende Erkrankung sehen, die oft ohne weitere Nachtheile verläuft, auf der anderen Seite diejenigen, welche sagen: Einmal syphilitisch, für immer syphilitisch. Zwischen diesen beiden Extremen steht wohl die Mehrzahl der Aerzte, und liegt wohl auch die Wahrheit.

Wir finden uns also zunächst vor der Frage, ob Syphilis überhaupt heilbar ist, ob die Heilung spontan erfolgt oder nur in Folge zweckentsprechender Behandlung kommt hier

für uns zunächst nicht in Betracht. Die Ansicht von der Heilbarkeit oder besser dem völligen Erlöschen der Syphilis stützt sich zur Zeit fast allein auf die übrigens nicht völlig unbestrittene Thatsache der Re-infection. Wenn die Erfahrung gelehrt hat, dass mit dem syphil. Virus Inficirte, so lange sie unter dem Einflusse desselben stehen, gegen eine neue Infection mit demselben Gift unempfänglich oder immun sind, so muss man zugestehen, dass, wenn sich an einem solchen Individuum von Neuem alle Symptome einer syphilitischen Infection abspielen, N. B.: Primäraffect, frühe secundäre Erscheinungen auf der Haut und Schleimhaut nach den üblichen Incubationsperioden, dieses Individuum unmittelbar vorher frei von dem Einfluss der früheren Infection gewesen sein muss, also geheilt war. Nun ist die Zahl der Beobachtungen, welche alle Bedingungen in der genannten Weise erfüllen — und alle anderen sind nicht als Re-infection anzuerkennen — eine recht geringe, immerhin gross genug und hinreichend zuverlässig, um die Re-infection als zu Recht bestehend gelten zu lassen. Man ist dann aber auch berechtigt weiter zu schliessen, dass nicht alle Geheilten nun auch gleich das Unglück haben werden, sich von Neuem zu inficiren, sondern dass ausser den wirklich re-inficirten, gewiss noch eine grössere Anzahl re-infectionsfähiger vorhanden sein muss. Allein es fehlt uns im Einzelfall der Nachweis der eingetretenen Heilung, des Aufhörens der Immunität, denn wenn die Re-infection erfolgt ist, ist es schon wieder mit der Herrlichkeit vorbei. Ist somit dieser Beweis nicht gerade ein allzu kräftiger oder absolut überzeugender, so wird doch die Annahme der Heilbarkeit der Syphilis wesentlich unterstützt durch ihren Verlauf selbst. Das in der Regel durch locale Inoculation eingeführte Gift führt zunächst zu einer allgemeinen Infection des gesammten Organismus, des Blutes, die sich meistens durch allgemeine Symptome zu erkennen giebt, nicht nur dadurch, dass die Hautsymptome einen mehr weniger grossen Theil der Körperoberfläche einnehmen, sondern auch dass gleichzeitig Haut, Schleimhaut, Periost und andere Organe befallen werden. Nach und nach werden die Ausbrüche weniger allgemein, auf einzelne Organe beschränkt und schliesslich auch auf diesen

mehr und mehr localisirt. Dies gilt namentlich im Gegensatz zur Tuberculose und Lepra, die so häufig als mit der Syphilis verwandt aufgeführt werden, bei denen aber in der That das umgekehrte Verhältniss besteht, die Tendenz von localisirtem Heerde aus sich nach und nach über den ganzen Körper auszubreiten. Die im Ganzen ziemlich seltenen Fälle allgemeiner Cachexie in den späteren Stadien der Lues können daran nichts ändern, selbst wenn man nicht ohne weiteres zugeben will, dass dieselben entweder Mischinfectionen darstellen oder als secundäre Folgen der durch Organveränderungen gesetzten Ernährungsstörungen aufzufassen sind. Systemerkrankungen des Nervensystems wie Tabes, Paralyse etc. sind unter keinen Umständen als zur Syphilis selbst gehörig aufzufassen, welche Rolle auch immer dieselbe bei ihrer Entstehung spielen mag.

In Wirklichkeit entsprechen denn auch die Thatsachen im Allgemeinen der Annahme, dass Syphilis erlöschen kann. Denn mögen wir auch noch so skeptisch vorgehen, es lässt sich nicht leugnen, dass eine grosse Anzahl mit Syphilis inficirter Menschen, wahrscheinlich ein ziemlich hoher Prozentsatz nach mehr weniger langem Anhalten manifester Symptome Jahre lang von jedem Symptome der Krankheit frei bleibt, sich einer völlig ungestörten Gesundheit erfreut, um schliesslich in reifem Alter an Krankheiten oder Zuständen zu Grunde zu gehen, die ausser jeder Beziehung zur Syphilis stehen. Neuere Zusammenstellungen von verschiedener Seite geben als höchste Ziffer für das Auftreten tertiärer Symptome 20 Prozent, die meisten nicht mehr als 10—15 Prozent an, und auch von diesen wird ja noch ein sehr grosser Bruchtheil völlig geheilt und bleibt gesund. Man muss eben die enorm grosse Verbreitung der Krankheit im Auge behalten, um sich nicht irre leiten zu lassen durch die anscheinend grosse Anzahl schwerer Erkrankungensformen, die am Ende nur einen ganz geringen Bruchtheil der Gesammtmenge der Inficirten darstellen.

Trotz alledem bleibt die Thatsache bestehen, dass wir im einzelnen Falle nicht streng den Beweis liefern können, dass das Individuum wirklich frei von Syphilis ist, dass wir niemals

träglichem Erscheinen innerhalb der ersten Monate des extrauterinen Lebens. Ein grosser Prozentsatz dieser Kinder stirbt in frühem Alter entweder direct an der Syphilis oder in Folge anderer intercurrirender Krankheiten. Hier will ich der Syphilis hereditaria tarvida gedenken, deren Existenz im strengsten Sinne des Wortes noch angezweifelt wird, indem es allerdings nur selten möglich ist, den stricten Beweis für die Abwesenheit aller Symptome in frühester Lebensperiode zu liefern.

4.) Die Kinder werden zu rechter Zeit geboren, leben und lassen keine directen Symptome von Syphilis erkennen, allein sie sind von Geburt an schwächlich, zu allerlei unbestimmten Leiden und namentlich Ernährungsstörungen neigend, gehen leicht durch an und für sich unbedeutende Krankheiten zu Grunde oder sterben ganz plötzlich ohne irgend welche nachweisbare Ursache.

5.) Die Kinder sind und bleiben frei von bestimmten syphilitischen Symptomen, erkranken aber bald an schweren chronischen Krankheiten und Ernährungsstörungen, die in gleicher Form auch bei anderen Kindern beobachtet werden, wie Meningitis, chron. Hydrocephalus und andere Nervenkrankheiten auf der einen Seite und Scrofulose — sit venia verbo — Rachitis etc. auf der anderen.

6.) Die Kinder werden zu rechter Zeit und lebend geboren, gedeihen vortrefflich, bleiben gesund und erzeugen gesunde Nachkommen, und zwar liefert diese Klasse einen recht hohen Prozentsatz. Allein von ihnen wird im Ganzen wenig Lärm gemacht und ihre Existenz wird häufig mit Stillschweigen übergangen.

Untersucht man etwas weiter, unter welchen Umständen sich annähernd die günstigsten und die ungünstigsten Resultate der Ehen Syphilitischer vorfinden, so wird sich wohl ganz leicht und ungezwungen ergeben, dass im Allgemeinen die günstigen Resultate sich häufen je grösser die Entfernung vom Zeitpunkte der Infection der Eltern sich gestaltet. Man wird allerdings zuweilen überrascht sein, gesunde Kinder da zu finden, wo die Verhältnisse so unvortheilhaft wie möglich waren, so dass man kaum etwas anderes als einen Abortus erwartet hätte. Umgekehrt wird man wieder betroffen sein,

Jahre lang Aborte und andere das Fortbestehen des elterlichen Einflusses bezeugende Erscheinungen zu finden, wo die Umstände höchst günstig erschienen und eine lange symptomenfreie Zeit zu der Hoffnung berechtigte, dass gesunde Kinder die Frucht der Ehe sein würden.

Es wird sich ferner eine gewisse Beziehung herausstellen zwischen dem Zustand der Kinder Syphilitischer und dem Maass von antisyphilitischer Behandlung, welche den Eltern namentlich in der Frühperiode zu Theil geworden ist, desgl. zwischen dem allgemeinen Gesundheitszustand der Eltern vor der Infection, ihren eigenen hereditären, vortheilhaften oder unvortheilhaften Anlagen, ihrer Lebensweise etc., aber in beiden Hinsichten wiederum nicht ohne oft recht überraschende und allen Regeln widersprechende Ausnahmen.

Einen sehr wesentlichen Unterschied endlich macht es ob beide Eltern oder nur Vater oder Mutter inficirt waren.

Syphilis des Vaters ist jedenfalls das am wenigsten gravirende Verhältniss. Es ist in der That noch eine streitige Frage, ob dieselbe überhaupt auf den Foetus übertragbar sei ohne Infection der Mutter, d. h. ob der Same im Stande sei direct das Ei zu inficiren. Allerdings sind Fälle veröffentlicht die dies klar zu beweisen scheinen, allein wenn man überlegt, wie schwierig es wird angesichts der längeren Incubationsperioden, angesichts der bei der Frau notorisch oft überaus leichten Krankheitsphänomene in der Frühperiode, alle die verschiedenen Möglichkeiten mit absoluter Sicherheit auszuschliessen, so muss man mindestens einen gewichtigen Zweifel bestehen lassen. Indess geben wir immerhin mit Fournier die Möglichkeit zu, wenn auch als ein noch so seltenes, noch so ausnahmsweises Vorkommen, so können wir doch als allgemeines Gesetz aufstellen, dass gegründete Aussicht vorhanden ist, dass die aus der Ehe eines syphilitischen Mannes und einer gesunden Frau hervorgehenden Kinder frei von Syphilis und deren Einfluss geboren werden, und zwar selbst dann, wenn der Vater zur Zeit der Zeugung noch deutliche Zeichen der Krankheit an sich trug, secundärer wie tertiärer Art.

F o u r n i e r hat in seinem Buche aus der Privatpraxis 87 genau beobachtete Fälle zusammengestellt, in denen die Kin-

der syphilitischer Väter gesund geboren wurden und gesund blieben, obwohl in 35 von diesen Fällen nachträglich secundäre und tertiäre Symptome an den Vätern beobachtet wurden. Er citirt einen Fall von Mireur, in dem das gesunde Kind des syphilitischen Vaters 2 Jahre alt von demselben von einer Schleimhautpapel der Lippe aus inficirt wurde.

Bei weitem ungünstiger liegen die Verhältnisse, wenn die Mutter der inficirte Theil war. Hier ist es viel seltener, in der That recht selten der Fall, dass Kinder absolut gesund geboren werden. Die verschiedenen oben angeführten nachtheiligen Folgen treten viel regelmässiger, viel intensiver und über eine längere Periode sich erstreckend auf. Indess zeigt auch hier die Erfahrung, dass nach beiden Extremen hin oft die überraschendsten Ausnahmen beobachtet werden. Zuweilen mag der verhängnissvolle Einfluss der mütterlichen Syphilis durch die besonders kräftige und gesunde Natur des Mannes abgeschwächt und eingeschränkt werden. Anders ist es kaum zu erklären, wenn wir an der verhältnissmässig geringen Gefahr von Seiten des syphilitischen Vaters festhalten, dass die Resultate von Ehen, in denen sowohl Vater als Mutter syphilitisch sind, in der That wesentlich schlechtere Resultate aufweisen, als wenn die Mutter allein erkrankt ist.

Erwähnung verdient noch, dass gelegentlich die Zeugungsfähigkeit des Vaters durch vorhergegangene Symptome der Syphilis beeinträchtigt werden kann, theils durch Verstümmelung des Penis durch phagedenische Processe, theils durch Erkrankungen der Hoden und Nebenhoden, Orchitis oder Gumma etc. Es sind Fälle beobachtet, wo bei Syphilitikern Azoospermie bestand, die nach Anwendung specifischer Behandlung dauernd beseitigt wurde. Beim weiblichen Geschlecht kann wohl auch Sterilität durch syphilitische Erkrankungen der Ovarien und übrigen Organe bedingt sein.

Wir kommen zu dem letzten Punkt, der Aussicht für die Gesundheit und Lebensdauer der Syhphilitischen insofern dieselben für das materielle Wohlergehen der Familie in Betracht kommt. Unter normalen Verhältnissen wird hier dem Vater die wichtigere Stellung zugewiesen werden müssen, indem er der Gemeinde und dem Staat gegenüber

in erster Linie die Verpflichtung der Sorge für die Familie übernimmt, indem wir ihn zunächst als Ernährer anerkennen müssen. Krankheit und Tod der Mutter mögen oft ein nicht minder schwerer Verlust für die Familie sein, wenn auch derselbe in anderer weniger auffälliger Weise empfunden wird. Die Frage ist also: Bedingt die Infection mit Syphilis unausbleiblich oder wahrscheinlich eine dauernde Schädigung der Gesundheit eines Individuums und eine Abkürzunz seiner Lebensdauer?

Im Allgemeinen kann es sich bei der Frage grössten Theils nur um die tertiäre Syphilis handeln, da mit wenigen Ausnahmen, namentlich seitens der Sinnesorgane wie Iritis und anderer entzündlicher Erkrankungen des Auges und gewisser frühzeitiger Nervensystemerkrankungen die secundäre Syphilis keine bleibenden wichtigen Störungen hinterlässt. Nun muss zugegeben werden, dass wenn auch die Zahl der zugestandenermassen als direct an Syphilis gestorbenen Menschen eine verhältnissmässig recht geringe ist, in Wirklichkeit die Zahl der Opfer eine weit grössere ist, namentlich von Seiten der visceralen Syphilis. Ganz besonders sind es die Erkrankungen des Nervensystems, dessen eingehenderes Studium in neuerer Zeit eine überraschende Menge von Beziehungen zwischen denselben und der Syphilis zu Tage gefördert hat. Allerdings sind eine grosse Anzahl derselben nicht wirklich specifische Erkrankungen; sie unterscheiden sich anatomisch nicht von denen in analogen Fällen wo Syphilis bestimmt ausgeschlossen ist. Allein auch der widerwilligste Kritiker kann sich nicht auflehnen gegen das beinahe überwältigende Material betreffs der Tabes und der Paralyse, den wichtigsten der sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen. Ist es doch gerade der Standpunkt der Neurologen, der die Prognose der Syphilis im Allgemeinen zu einer soviel ungünstigeren gemacht hat.

Leider lässt uns auch hier wieder die Statistik mehr weniger im Stich, wenigstens giebt sie uns keine absolut zuverlässige Auskunft. Meist wird bei derartigen Betrachtungen doch bis zu einem gewissen Grade ausser Acht gelassen, wie enorm gross dann doch die Gesammtzahl der Syphilitischen ist. Wer möchte sich wohl berechtigt fühlen auch nur einigermassen

annähernd genau sagen zu wollen, wie gross der Prozentsatz der Syphilis unter den Bewohnern einer Stadt, oder gar einer Grossstadt oder eines ganzen Landes sei? Wer will beweisen, wie viele Syphilitische es in Frankreich, wie viel es in England giebt? Sehr viele, meine Herren, ganz gewiss, aber wenn je Zahlen lügen, so ist es wohl in dieser Frage. Es giebt Statistiken von Lebensversicherungsgesellschaften, welche einen höheren Prozentsatz von Todesfällen für die Syphilitischen nachzuweisen scheinen. Allein diesen Zahlen darf man wenig Beweiskraft zuerkennen, denn sicherlich werden viele frühere Erkrankungen an Lues theils unabsichtlich theils absichtlich nicht angegeben, namentlich so lange die Gesellschaften Syphilis von vornherein als Grund der Abweisung festhalten oder die Syphilitischen als minder gute Versicherungsobjecte ansehen. In dem letzten Hefte des „Edinb. Med. Journal" fand ich dagegen von einem Versicherungsarzt den Vorschlag gemacht, eine gewisse Zeit nach der Infection, etwa 6 Jahre, unter gewissen Bedingungen, die Syphilitische ebenfalls als völlig gleichwerthig mit anderen anzusehen.

Wollten wir, um auf unsere Frage eine Antwort zu bekommen, z. B. 100 Familien aussuchen, in denen die ungefähr gleichaltrigen Väter syphilitisch waren, und 100 von demselben Alter aber positiv frei von Syphilis, so sind die ersteren natürlich ebenso allen Gefahren ausgesetzt, wie die zweiten 100, und nach Ablauf einer gewissen Zeit werden von beiden Klassen so und so viele an Pneumonie, so und so viele an Typhus oder an Phthisis und anderen Krankheiten gestorben sein, ohne dass bei den ersteren die Syphilis auch nur die geringste Rolle spielte. Nur wenn bei dem ersten Hundert ein ganz bedeutend grösserer Prozentsatz von Todesfällen sich fände, könnte man daraus bestimmte Schlüsse ziehen. Mit einem gewissen Risiko haben wir einmal zu rechnen. Gestehen wir auch einen gewissen nachtheiligen Einfluss der Syphilis zu, so haben wir doch fast ausschliesslich mit der tertiären Syphilis zu rechnen. Nun scheinen neuere Statistiken zu ergeben, dass die tertiäre Erkrankungen einmal viel früher eintreten als man vordem angenommen hatte, dass das 2., 3. und 4. Jahr nach der Infection das grösste Contingent der Fälle stellen,

andererseits aber, dass dieselben in genauer Beziehung stehen zu dem Masse von Behandlung, welches den Kranken in den früheren Perioden zu Theil geworden. Es scheint daher gerechtfertigt zu behaupten, dass unter gewissen Bedingungen, namentlich in Betreff der seit der Infection verflossenen Zeit, eine Beeinträchtigung der Gesundheit und der Lebensfähigkeit durch Syphilis nichts mehr besteht.

Die Lage ist also kurz gefasst die folgende:

Wir sind berechtigt anzunehmen, dass die Syphilis heilbar ist und in einer gewissen Anzahl von Fällen völlig aus dem Körper schwindet.

Ist im gegebenen Falle Heilung eingetreten, so liegt kein Grund vor, warum das Heirathen nicht zu gestatten sei. Nun sind wir aber nicht im Stande, im Einzelfalle den Beweis zu liefern, wann und ob die Heilung wirklich eingetreten sei.

Daher müssen wir zugeben, dass allerdings unter allen Umständen die Möglichkeit verschiedener Gefahren vorhanden ist, namentlich betreffs der Uebertragung der Syphilis auf die Kinder, in weit höherem Grade für die Frau als für den Mann.

Es scheint jedoch nicht gerechtfertigt, daraufhin das Heirathen der Syphilitischen zu verbieten, um so mehr als unter gewissen Bedingungen die Gefahren wesentlich verringert und vermieden werden können.

Es gilt nun diese Bedingungen näher in's Auge zu fassen, zu welchem Zweck ich Herrn College Lustgarten nun das Feld räume.

42 E. 22. Str.

Wann und unter welchen Bedingungen dürfen Syphilitische heirathen?

Von

Dr. S. Lustgarten.

Bevor wir an die Discussion der obigen Fragen gehen, muss vorerst festgestellt werden, dass ein grösseres, wohl beobachtetes und statistisch verwertbares Material nicht existirt, auf Grund dessen deren Beantwortung einen mathematischen Ausdruck finden könnte. Wir haben wol der Erfahrungen einer Reihe gewiegter Fachleute, aber der Character dieser eigenartigsten aller Erkrankungen, sowie viele complicirenden Momente, wie Krankheiten anderer Art, hereditäre Belastungen, Lebensweise, Rassenunterschiede u. s. w. erzeugen ein so vielgestaltiges Bild, dass wir kaum erwarten würden, diese Frage durch klinische Beobachtung allein zu lösen, selbst wenn diese Erfahrungen viel besser harmoniren würden, als es thatsächlich der Fall ist. Desshalb kann auch das Ergebniss, zu dem man gelangt ist, nur als ein Durchschnitts-Ergebniss betrachtet werden, das für Durchschnitts-Fälle gilt, und wir werden auch hier, wie sonst in der Medicin, nicht der Pflicht der sorgfältigen Erwägung aller Umstände und der strengen Individualisirung enthoben.

Die Frage des Eheconsens bei Syphilis, rein medicinisch betrachtet, löst sich in zwei Fragen auf, sie lauten: 1.) Wann ist eine syphilitische Person nicht mehr gefährlich für die andere Ehehälfte? 2.) Wann hört sie auf ihre Krankheit auf Nachkommen zu übertragen?

Die Antwort auf letztere Frage wird verschieden für beide Geschlechter beantwortet werden müssen. Da es viel mehr syphilitischer Männer als Frauen giebt, — Fournier fand in 500 Ehen 487 luetische Männer und nur 13 Frauen — so stehen practisch im Vordergrund die Bedingungen der Heirats-Erlaubniss syphilitischer Männer. Auf diese haben auch die Autoren vorzugsweise Rücksicht genommen, nur mit diesen wollen wir uns zunächst beschäftigen.

Die Heirats-Erlaubniss soll das Resultat der Erwägung folgender Momente sein: 1.) Des Zeitpunktes, der seit der Infection verstrichen ist. 2.) Der Behandlung, die stattgefunden hat. 3.) Der Länge einer symptomfreien Periode seit den zuletzt beobachteten Erscheinungen, und 4.) Der Qualität der Erkrankung. Zum Zwecke der richtigen Beurteilung dieser Puncte will ich in aller Kürze auf aus der Erfahrung abgeleitete Gesetze hinweisen, die trotz vorkommender Ausnahmen im Grossen und Ganzen zu Rechte bestehen.

a) Die Contagiosität der Syphilis nimmt in einem gewissen Verhältniss zur Zeit ab und sie erlischt practisch nach 2—3, seltener nach 4—5 Jahren, in sehr seltenen Fällen nach einem noch längeren Zeitraume.

Die Syphilis der Frühperiode ist oberflächlich und erosiver Natur, localisirt sich mit Vorliebe im Munde und am Genitale, den Hauptquellen der Contagion, ist schmerzlos, multipel in ihren Lesionen und sehr zu Reciviven geneigt.

Die Producte der Spätperiode sind vereinzelt, tiefer localisirt, häufig schmerzhaft, wesshalb Contact gemieden wird, und selten am Genitale.

Schon diese äusseren Momente erklären die viel weniger in Betracht kommende Ansteckungsgefahr der tertiären Periode, die ferner noch sehr wesentlich eingeschränkt wird durch das viel seltenere Vorkommen der tertiären Syphilis. In Ländern wo eine zweckmässige Behandlung die Regel ist, sind höchstens 10 Prozent der beobachteten Syphilisfälle gummöser Natur. Einer nicht richtigen Würdigung dieser Verhältnisse und einer übertriebenen Bedeutung, die einigen negativen Impfversuchen mit Producten der tertiären Periode beigelegt wurde, entspringt die vielfach verbreitete, meiner Meinung nach irrige Ansicht, dass das Gumma nicht ansteckend sein könne.

Syphilis ist heilbar. Ich meine im practischen Sinne. Der theoretische Beweis ist bei einer Krankheit, die Beispiele einer sich bis auf 60 Jahre erstreckenden Latenz-Periode aufweist, kaum zu erbringen. Von vielen Seiten wird das Vorkommen von Re-infection als Beweis aufgefasst. Doch abgesehen von diesen sehr seltenen Vorkommnissen, die zu selten sind, um

eine Verallgemeinerung zu gestatten, schliesst doch Immunität bei den viel zahlreicheren Nicht-Re-inficirbaren weder Heilung aus, noch beweist sie dieselbe.

b) Die Gefahr der hereditären Uebertragung verringert sich mit der Zeit und es tritt eine graduelle Abnahme des hereditären Einflusses auf Schwangerschaft ein. Letzterer erlischt nach einer Reihe von Jahren, selbst ohne stattgefundene Behandlung, bei beiden Geschlechtern, früher bei Männern.

Je jünger die Syphilis, desto ernster sind die Folgen, die sich in folgender Weise abstufen: Aborte, Frühgeburten, Todtgeburten, syphilitisch-marastische, syphilitisch-lebensfähige Kinder, endlich nicht syphilitische lebensunfähige, mit constitutioneller Schwäche, Entwickelungsstörungen behaftete Früchte.

Die rein paterne Uebertragung der Syphilis mit Umgebung der Mutter setzt ein inficirtes Sperma voraus. Ein solcher Vorgang ist per Analogie mit der von Pasteur studirten Pebrine Krankheit der Seidenschmetterlinge theoretisch möglich. Die von Mireur in den 70ger Jahren ausgeführten und seither nicht wiederholten Impfungen mit dem Sperma syphilitischer, haben ein negatives Resultat ergeben.

Die Versuche diesen Widerspruch der klinischen Beobachtung und des Experimentes zu überbrücken sind äusserst gezwungen. Immerhin ist die paterne hereditäre Syphilis ein seltenes Vorkommniss und viele conservative Beobachter beschuldigen ausschliesslich die Mutter als Quelle der direkten hereditären Uebertragung.

Es ist ferner nicht selten, dass ein recent syphilitischer Vater, sofern die Mutter gesund ist und bleibt, ein gesundes Kind zeugt. Die auffallende Unregelmässigkeit des väterlichen hereditären Einflusses wird wohl am Ehesten durch erweiterte Kenntnisse der sekundär-syphilitischen Affektionen der Samen bereitenden und abführenden Organe ihre ungezwungene Erklärung finden.

c) Die spezifische Behandlung mit Quecksilber und Jod hat in zweifellosester Weise gezeigt, dass der hereditäre schädliche Einfluss oft überraschend prompt günstig beeinflusst oder ganz eliminirt wird. So sind Fälle bekannt, wo syphilitische

Eltern, je nach stattgefundener Behandlung oder nicht, gesunde oder kranke Kinder geboren haben.

Nach diesen kurzen Hinweisen auf die unser Thema berührenden Punkte, gehe ich dazu über, Ihnen m. H. im Resumé die Ansichten einer Reihe von Fachmännern vorzuführen.

Die uns beschäftigenden Fragen wurden am frühesten und eingehendsten von französischen Forschern diskutirt.

Unter diesen muss ich zuerst Fournier nennen, der ihr sein bekanntes Werk „Syphilis et Marriage" gewidmet hat. Er verlangt auch bei bester Behandlung, dass 3—4 Jahre verstrichen seien, wovon die letzten 1½—2 Jahre symptomfrei gewesen sein müssen, bevor er seinen Ehekonsens erteilt. Die Behandlung besteht in wenigstens 3—4-jährigen intermittirenden Hg. u. J. Verabreichung. Unter solchen Bedingungen „duldet" er die Heirat, zieht aber vor, wo möglich den Zeitpunkt länger hinaus zu schieben.

Diday (Therapie des Maladies Veneriennes, 1876) fusst auf seine statistischen Beobachtungen, die ergeben haben, dass bei schwerer Syphilis ein Recidiv spätestens nach 139 Tagen, bei leichter längstens nach 302 Tagen auftritt. Im Durchschnittsfalle genügt eine Behandlung von 12—14 Monaten. Wenn nach dem Verschwinden der letzten wahrnehmbaren Symptome und ohne mercurielle Behandlung 20—24 Monate verstreichen, ohne dass sich ein Recidiv zeigt, so kann die Ehe gestattet werden.

Langlebert der Jüngere (Traité pratique de la Syphilis 1888) kommt zu folgenden Schlüssen: Ein gewöhnlicher Fall von Syphilis der nach 15- bis 18-monatlicher sorgfältiger Behandlung ein weiteres Jahr symptomfrei bleibt, kann als geheilt betrachtet werden. Im dringenden Falle kann dann die Ehe gestattet werden. Jedoch ist es vorzuziehen ein weiteres Jahr zu warten. Im Heirats-Falle sei aber jedenfalls 2—3 Monate vor der Ehe eine spezifische Behandlung einzuleiten. Bei schweren Fällen zieht er eine symptomfreie Periode von 3 Jahren vor, obwohl er selbst diesen Zeitraum für etwas lang hält, da er Diday's obgenannte statistische Zahlen acceptirt.

Von Engländern ist Jonathan Hutchinson's Ansicht von Interesse und Bedeutung. Er sagt: „Wir können als Regel, die wenige

Ausnahmen aufweist, hinstellen, dass nach Verlauf von 2 Jahren (von der Infektion an gerechnet) keine Gefahr der hereditären Uebertragung besteht. Ich spreche von Patienten, die vielen sorgfältigen mercuriellen Behandlungen unterzogen waren. Die meisten meiner Patienten haben im Beginne Hg. in kleinen Dosen continuirlich 6 bis 8 Monate lang genommen, späterhin wiederholt in kürzeren Zeiträumen. Vielen Patienten, die so früh wie möglich heiraten wollten, habe ich geraten, Hg. vorsichtshalber continuirlich die zwei Jahre einzunehmen. — „Wahrscheinlich ist in der grossen Mehrzahl der Fälle die Gefahr der Uebertragung auf Kindern lange vor dem Ablaufe der 2 Jahre vorüber.“ Er hat eine grosse Anzahl Ehen, die mit seiner ärztlichen Einwilligung stattgefunden haben, zu verfolgen Gelegenheit gehabt, und mit einer einzigen Ausnahme, nie böse Folgen für Weib oder Kind gesehen. Er leugnet nicht die Möglichkeit einer länger als 2 Jahre bestehenden Uebertragbarkeit vom Vater auf Nachkommen, hält aber diese Ausnahmen für so selten, dass sie die Regel nicht erschüttern können.

Alfred Cooper (Syphilis and Pseudosyphilis. 1884) ist der Ansicht, dass bei Abwesenheit von wahrnehmbaren Syphilis Symptomen im Allgemeinen nach 3 Jahren die Ehe gestattet werden kann und dass 2 Jahre einer systematischen Behandlung gewidmet werden sollten.

Von deutschen Beobachtern nenne ich zunächst Lesser (Lehrbuch 1886), der sich dahin äussert, dass kein Patient vor 3 Jahren, von der Infektion an gerechnet, Heiratserlaubniss erhalten soll und dass es besser sei, bei Abwesenheit von dringenden äusseren Gründen 5—6 Jahre verfliessen zu lassen.

Kopp (Lehrbuch 1889) besteht auf einem Minimum von 5 Jahren. Bäumler, 1886, meint, dass ein Syphilitischer, der 1 oder lieber 2 Jahre sich vollkommener Gesundheit erfreut, heiraten möge; derselbe könne aber nicht gesunder Nachkommenschaft versichert sein.

Einer der neuesten Bearbeiter dieser Frage, Schuster in Aachen, gestattet im günstigsten Falle die Ehe schon nach 2 Jahren. Die von ihm befolgte Therapie besteht in einer energischen Behandlung bis zum Verschwinden der Symptome,

gefolgt von einer Pause von 5 bis 10 Monaten, falls der Patient so lange symptomfrei bleibt, sodann eine 2. Behandlung. Bleibt dann der Patient weitere 5 bis 10 Monate frei von einem Recidiv, so kann er heiraten. Auf Wunsch des Patienten wird eine eventuelle dritte Behandlung vorgenommen. In gleicher Weise geht er vor, wenn er bei der Behandlung von einem Frührecidiv ausgeht.

Von amerikanischen Kollegen erwähne ich die Ansichten einiger hervorragender New Yorker Kollegen.

F. N. Otis gelangt zu dem Schlusse, dass eine positive Grenze der Uebertragbarkeit, mit oder ohne Behandlung innerhalb 3, höchstens 4 Jahre erreicht ist.

Keyes nimmt an, dass ein Mann heiraten kann, wenn die Virulenz der Krankheit sich erschöpft hat, d. h. im Durchschnitt nach ungefähr vier Jahren, wenn bewiesen ist, dass sich durch ein ganzes Jahr keine Symptome gezeigt haben, während welchen Jahres er wenigstens 6 Monate ohne Behandlung gewesen sein soll.

R. W. Taylor (Hare's System, 1892), erklärt, dass nach einer gründlichen und energischen, auf 2—2½ Jahre ausgedehnten Behandlung ein Patient als geheilt zu betrachten ist. Als Beweis dessen sein guter Gesundheitszustand, das Ausbleiben von Symptomen und die Fähigkeit gesunde Kinder zu erzeugen.

Morrow (Journ. of cut. and Genito ur. Dis., 1887) sagt, dass während in einer überwiegenden Majorität die Ansteckungs- und Uebertragungsfähigkeit nach 3 bis 4 Jahren erloschen ist, diese Qualitäten sich 5 bis 6 Jahre und selbst noch länger erhalten können. Den Termin von 3 bis 4 Jahren hält er für ganz willkürlich und unerlaubt wenn es sich um unbehandelte und floride Erscheinungen darbietende Patienten handelt.

Ein Rückblick auf das Gesagte zeigt eine wesentliche Divergenz der Ansichten. Der Zeitraum, der von der Infektion bis zur Ehe verflossen sein muss, schwankt von 2 bis über 5 Jahre, eine symptomfreie Periode wird teils gar nicht verlangt, teils bis auf drei Jahre ausgedehnt. In Bezug auf Behandlung finden wir alle Schulen vertreten und zwar 1) die continuirliche, die in England und Amerika viele Anhänger

hat, mit ihrer auf 1½—2 Jahre ausgedehnten Verabreichung kleiner Dosen Merkur; 2) die intermittirende, von Fournier herrührend, in Frankreich viel angewandt und auch in Deutschland durch Neisser warm empfohlen. Ursprünglich auf 2 Jahre berechnet, hat Fournier, da sie das ideale Resultat einer sicheren Verhütung tertiärer Erscheinungen nicht ergeben hat, sie immer weiter und weiter ausgedehnt, bis sie, wie Caspary bemerkte, fast zu einer lebenslänglichen geworden; 3) die „opportunistische" die nur aktiv eingreift, wenn Symptome vorliegen. Jede von diesen Methoden hat sehr erfahrene Kliniker unter ihren Befürwortern und da theoretische Raisonnements empirische Thatsachen nicht erschüttern können, so ist die Frage, welche die beste ist, als eine offene zu betrachten. Die ersten zwei werden von den Anhängern der dritten als bedenklich und geradezu schädlich hingestellt. Wenn man aber sieht, wie in letzter Zeit auf 2 oder 3 bekannt gewordene Fälle von Polyneuritis mercurialis (Leyden) gestützt, Heller diese Polyneuritis als eine ernstliche Gefahr kontinuirlicher oder Fournier'scher Behandlung aufgestellt, so muss das wol als gar zu grosse Aengstlichkeit oder Uebertreibung hingestellt werden. Ein so auffallendes Krankheitsbild wie die akute Polyneuritis wäre wol sonst nicht so lange übersehen worden und müsste in den Ländern, wo die incriminirten Methoden en vogue sind ein geradezu häufiges Vorkommniss sein. Ich selbst habe mich, aus Gründen, deren Auseinandersetzung ausserhalb des Rahmens des heutigen Vortrags liegt, seit lange der intermittirenden Methode angeschlossen, die ich in modifizirter und schonender Weise ausübe und mit deren Resultaten ich so befriedigt bin, dass ich keinen Grund sehe, sie aufzugeben.

Wenn ich meine persönliche Ansicht betreffs der aufgestellten Fragen äussern darf, so antworte ich einem recenten Luetiker diesbezüglich etwa folgender Massen: „Sie werden zunächst sich einer zweijährigen Behandlung unterziehen. Dieselbe besteht in einer grossen Kur am Anfange des ersten, am Ende des ersten und am Ende des zweiten Jahres und aus mehreren leichten Kuren in der Zwischenzeit. Ist Ihr Fall ein gewöhnlicher, und bleiben Sie während des 3. Jahres symptom-

frei, so können Sie nach Ablauf dieses heiraten, falls Sie circa 2 Monate vor der Hochzeit sich abermals einer einmonatlichen energischen Kur unterwerfen. Bekommen Sie jedoch in 3 Jahren ein Recidiv, so müssen Sie natürlich sogleich behandelt werden und dann abermals von diesem Zeitpunkt an gerechnet ein Probejahr durchmachen, gefolgt von einer pränuplialen Behandlung. Ebenso würde ich bei weiteren Recidiven verfahren. Ihr Minimum wird demnach 3 Jahre sein, das Maximum wird von dem Verlaufe Ihres Falles abhängen, aber nach allen Erfahrungen kaum mehr als 4 bis 5 Jahre betragen! Unter grosser Behandlung verstehe ich eine Schmierkur von 30—35 Einreibungen @ 3.0 oder eine Injections-Kur, gewöhnlich 12 Injektionen @ 0,02 Sublimat innerhalb 5 bis 6 Wochen. Die leichteren Kuren bestehen in ca. einmonatlicher Verabreichung von internen Hg. Präparaten, meistens Hydrarg. tannic. oxydul. 3—4 grains pro die. Jod nach speziellen Indikationen. Wenn auch dieses Schema öfters modifizirt wird, so halte ich das einjährige symptomfreie Intervall nach Abschluss der Behandlung und die der Hochzeit vorherzugehende abermalige Kur als conditio sine qua non des Heirats-Konsenses. Zieht man die Möglichkeit der Syphilis hereditaria tarda in Betracht, so müssen viele Jahre vergehen, bevor ein abschliessendes Urtheil abgegeben werden kann. Soweit habe ich keinen Unfall zu verzeichnen gehabt.

Handelt es sich um die Heirat einer luetischen Frau, so liegen die Verhältnisse wesentlich anders. Wenn auch die rein spermetische Infektion des Ovulum eine heute nicht zu leugnende Tatsache ist, so ist dieselbe doch, wie schon bemerkt, recht selten. Die Gefahr für die Nachkommenschaft droht im Grossen und Ganzen nur indirekt vom Vater, sie ist sehr gering bei einer gesunden, dagegen ganz eminent bei einer syphilitischen Mutter, insofern als im letzteren Falle der Embryo oder Foetus einer doppelten Infektions-Möglichkeit ausgesetzt ist, der ovulären und der placentaren. Für letztere können irgendwelche irgendwo im mütterlichen Organismus bestehenden Syphilis-Depots in Betracht kommen und diese während eines Zeitraumes von 9 Monaten. Die Placenta ist von Mutter zu Foetus und vice-versa, nicht nothwendiger

Weise, aber doch häufig durchgängig die das Gegentheil behauptende ursprüngliche Lehre von Baerensprung und Kassowitz ist gründlich widerlegt. Man könnte erwarten, nach den grossen Erwartungen die man in neuerer Zeit auf ein syphilitisches Heilserum setzt, dass eine Immunisirung der Frucht durch die syphilitische Mutter stattfinden sollte (Gesetz von Profeta) umsomehr, als eine solche Immunisirung in umgekehrter Richtung vom syphilitischen Foetus zur gesunden Mutter, nach dem Colles'schen Gesetz vielfach acceptirt ist. Leider sprechen aber eine Reihe neuerer Beobachtungen nicht zu Gunsten des Profeta'schen Gesetzes, und das Colles'sche Gesetz, (welches sagt, dass eine gesunde Mutter nicht von ihrem syphilitischen Kinde infizirt werde, und welches nebenbei gesagt, wohl constairte Ausnahmen kennt, findet meiner Meinung nach eine einfachere Erklärung in der Annahme, dass die Mutter nicht immun, sondern syphilitisch, wenn auch latent syphilitisch, ist. Wie dem auch sein mag, jedenfalls steht fest, dass es die syphilitische Mutter ist, die der Foetus in erster Linie zu fürchten hat. Zur Illustration dessen führe ich einige Zahlen aus einer neueren Statistik von J. Neumann an:

72 Fälle, Frauen, Infection und Conception gleichzeitig....................	38 Abortus.
	10 Frühgeburten.
Mortalität = 75 Proz..................	6 Todtgeburten.
Schädlicher Einfluss = 84 Proz........	5 lebend, luetisch.
	2 suspect.
	11 lebend, gesund.

Infection vor der Conception — Secundäres Stadium, 71 Fälle haben 99 Mal geboren u. z.:

	40 Aborten.
	4 Frühgeburten.
	4 tot geboren.
Mortalität = 68 Proz..................	24 gestorben.
Schädlicher Einfluss = 79 Proz........	5 luetisch.
	2 atrophisch.
	20 gesund.

Endlich 52 tertiäre syphilit. Frauen haben 109 Mal geboren u. z.:

Mortalität u. schädl. Einfluss: 61 Proz.. { 17 Abortus. 1 Frühgeburt. 50 gestorben. 41 lebend.

Würde diese Statistik, deren unheimliche Ergebnisse sich zum Teil aus dem Charakter des Spital-Materials erklären dürften, den Beweis erbracht haben, dass die als gestorben erwähnten Kinder in Folge von Syphilis zu Grunde gegangen sind, so wäre sie viel wertvoller und beweisender. Auch so mahnt sie zur Vorsicht und lässt es räthlich erscheinen, die Heiratsbewilligung syphilitischer Frauen, auch nach zweckmässigster Behandlung mehrere Jahre später als Männern zu erteilen.

15 E. 62d St.

Die Hygiene in der Barbierstube.

Die Hygiene in den Barbierstuben, von Dr. Heinrich Berger, Basel und Leipzig. Verlag von Carl Sallmann (Lemcke & Büchner).

Eine kleine, eben erschienene Monographie beschäftigt sich mit dieser Frage, und sind auch die darin mitgetheilten Facta als auch die Abhilfsvorschläge nicht neu, so verdienen sie nichtsdestoweniger Beachtung.

Die Hygiene in den Barbierstuben wird nur durchgeführt werden, wenn ein Bedürfniss dafür vorhanden ist, d. h., wenn das Publikum sie verlangt. Dies, hinwiderum, wird nur der Fall sein, wenn dasselbe über die mit den Barbierstuben verbundenen Gefahren aufgeklärt wird, wobei der Hausarzt in vielen Fällen die Rolle des Vermittlers spielen kann.

Wir lassen deshalb eine Anzahl der angeführten Thatsachen folgen:

„Köbner berechnet die Häufigkeit des Herpes tonsurans in Paris auf 9,6 Proz. aller damaligen Hautkrankheiten, Saalfeld die in Berlin auf 8,7 Proz., Lesser in Leipzig auf 7 Proz. Ferner wird angegeben, dass nur 10 Proz. der Erkrankungen an Herpes tonsurans sich zurückführen liessen auf Ansteckung von Thieren oder durch Zusammenschlafen, 90 Proz. auf die Barbierstuben.

„Es werden weiter übertragen Impetigo contagiosa, acute Ekzeme der Kopfhaut beim Haarschneiden, Bürsten und Shampooniren, impetiginöse Ekzeme, Acne varioliformis; letztere Krankheit wurde fast ausschliesslich bei Männern beobachtet, was auf Benutzung derselben Barbierstuben hindeuten würde.

„Durch den Rasirpinsel wurde Trichorrhexis nodosa übertragen, wofür der Beweis durch die interessante Thatsache erbracht wurde, dass an einem Pinsel, der von einem mit Trichorrhexis nodosa Behafteten benutzt wurde, auch diese Affection constatirt wurde (Fälle von Ravenel, Blaschko und Saalfeld).

„Mag man ferner an eine nervöse Alopecia areata glauben so ist doch eine parasitäre nicht ausgeschlossen, und diese kann

sehr oft, wie auch die Alopecia pityrodes, deren Uebertragbarkeit experimentell erwiesen ist, in Barbierstuben übertragen werden; eine meiner Verwandten bekam Alopecia pityrodes nach Benutzung des Kammes einer Pensionsfreundin, welche die Symptome dieser Krankheit zeigte. Auch Favus ist jedenfalls ansteckend und übertragbar.

„Ferner ist erwiesen die Uebertragung von Syphilis in Barbierstuben. Blaschko giebt an, dass ihm ein eigenthümlicher Zufall in einer Sprechstunde die Uebertragbarkeit der Syphilis in Barbierstuben sehr deutlich gezeigt habe; es kamen nach einander zu ihm ein Patient mit einem Ulcus durum nach einer Schnittwunde mit einem Rasirmesser und dann ein sehr unsauberer Barbiergehilfe mit breiten Condylomen.

„Die Möglichkeit der Uebertragung besteht aber ausser für Haut-, Haar- und Bartkrankheiten besonders auch für die Infectionskrankheiten. Die Uebertragung von Tuberculose und Cholera ist als möglich in Barbierstuben zuzugeben durch Servietten und dergl., auch die von Milzbrand ist erwiesen, wie Surmont und Arnould berichten. Sie sahen eine Milzbrandepidemie bei Bürstenarbeitern und eine Milzbrandinfection durch Verletzung mit einer Bürste beim Frisiren."

Es erscheint unnöthig auf den Infectionsmodus hier näher einzugehen, und es genügt zu erinnern an „Servietten, Handtücher, Mäntel, Schwämme, Puderquasten, Kämme, Bürsten, Scheeren, Rasirmesser, Rasirpinsel und die Hände des Barbiers selbst. Ausserdem kommen in Barbierstuben noch in Betracht Lederfutterale, Streichriemen, Stühle, Kissen, Handelsartikel, darunter besonders Cigarren und Zöpfe. Zu bedenken ist auch, dass der Barbier Krankheiten aus seiner Familie verschleppen kann.

„Ausser diesen Möglichkeiten mittelbarer Uebertragung ist aber auch eine unmittelbare möglich, wenn der Barbier selbst krank ist, und endlich ist zu erwägen, ob es Krankheiten giebt, welche zwar nicht übertragbar sind, die aber bei einem Gewerbetreibenden, wie es der Barbier ist, nicht vorhanden sein dürfen.

„Es bedarf nicht ausschliesslich der Friseure, um eine Uebertragung von Person zu Person zu vermitteln. Das sind auch

die Gründe, warum auf Anregung von Robert Koch in den neuen Anstalten des Berliner Vereins für Volksbäder Plakate angebracht worden sind, welche das Fehlen von Kämmen und Bürsten durch die Möglichkeit der Uebertragung von Haarkrankheiten motiviren. Die Belehrung hätte also darauf aufmerksam zu machen, dass Jeder möglichst eigene Kämme und Bürsten benutzen soll und dass die Kinder schon daran gewöhnt werden sollen, den Kopf rein zu halten und immer nur mit den eigenen Utensilien zu behandeln. Endlich ist noch das zu erwähnen, dass ansteckende Haut- und Haarkrankheiten auch von Thieren übertragen werden können."

Wenn wir die Schlussfolgerung des Verfassers durchgehen, so ergiebt sich vergleichsweise daraus zunächst, dass die Verhältnisse in den Barbierstuben hierzulande wesentlich bessere sind als in Deutschland, wie wohl auch die meisten von uns aus Erfahrung wissen, und erwartet Verf. Abhilfe und Besserung der geschilderten Verhältnisse von einem staatlichen Regulativ und Oberaufsicht, so hoffen wir, dass die Bedürfnisse und Ansprüche eines aufgeklärten Publikums dasselbe erreichen möge.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 2. März 1896.—Präsident: Dr. Willy Meyer.

(Fortsetzung und Schluss.)

4. Dr. J. W. Gleitsmann: „PRAKTISCHE BEMERKUNGEN UEBER ERKRANKUNGEN DER NEBENHOEHLEN DER NASE, MIT DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN, ZEICHNUNGEN UND INSTRUMENTEN." Der Vortrag ist veröffentlicht in der April-Nummer der N. Y. Med. Monatsschrift dieses Jahres.

Diskussion.

Dr. E. Gruening: Wenn ich mir erlaube, zu dem Vortrag einige Bemerkungen zu machen, so thue ich es, weil es Sie interessiren wird, wie der Augenarzt, was ja auch angedeutet wurde, in der Lage ist, die Diagnose in solchen Fällen zu stellen. Es ist dies ein Thema, das in den Büchern noch wenig besprochen ist, das Thema der orbitalen Fistelgänge, die mit den Nebenhöhlen der Nase zusammenhängen.

(Redner erläutert seine Bemerkungen durch eine Zeichnung an der Tafel.).

Bei Empyem des Siebbeins kommt es häufig vor, dass die Diagnose vom Augenarzt gemacht wird. Sie wissen, die Laminae papyraceae geben nach, wölben sich vor, und es erscheint eine Geschwulst. Dies ist ganz charakteristisch. Sie wird manchmal zwar für eine Geschwulst des Thränensacks gehalten, aber sie ist höher gelegen, sie liegt oberhalb der commissura interna. Kommt es in einem solchen Fall zur Operation, durchschneidet man den Knochen, so dringt man in eine glattwandige Höhle. Es scheint also nicht, dass es sich immer um Caries handelt. Gewöhnlich kommt man mit Irrigation und einfacher Durchstossung des Bodens der Siebbeinhöhle aus; die Heilung erfolgt innerhalb sehr kurzer Zeit. Daraus geht hervor, dass man das Siebbein auch von der Orbita angreifen kann; man würde dann nicht im Finstern arbeiten, sondern in die Höhle hineinsehen können und von der Orbita aus eine Kommunikation nach der Nase hin schaffen können und die ganze Höhle durchspülen.

(Erläuterung an der Tafel).

Ich habe das in kurzer Zeit, innerhalb einiger Monate, dreimal gethan. Das sind die Orbitafisteln, die mit der Siebbeinhöhle in Verbindung stehen. Ich habe diese Fälle oft genug gesehen. Sie sind früher nicht verstanden worden, ich habe sie auch erst im letzten

Jahr behandelt. Gerade so, etwa zwischen dem äusseren und mittleren Drittel des Bogens findet man unten Fistelgänge, welche in den Frontalsinus führen.

Führt man die Sonde ein, so kommt man gewöhnlich auf polypöse Massen. Man fühlt das. Also es handelt sich da auch um Sinuserkrankung. Wie soll man da nun vorgehen. Gerade so wie bei anderen Sinuserkrankungen; und wer jemals eine chronische Erkrankung des Sinus gesehen hat, dem wird es gar nicht einfallen, von der Nase aus eine Operation zu machen. Der ganze Sinus muss ausgeräumt werden, und wenn man das thut, so heilt man einen solchen Sinus in kurzer Zeit. Also es wäre ganz gut, wenn man die Nebenhöhlen der Nase, Stirn-Sinus und Siebbein hin und wieder auch von der Orbita aus angriffe. Ich habe einen Fall vor zwei Jahren in der Gesellschaft der Aerzte des Deutschen Hospitals und Dispensary vorgestellt. Es wird in neuerer Zeit gegen diese Operation geeifert und gesagt: Es kommt häufig vor, dass das Septum zwischen den beiden Sinus nicht in der Mitte liege, und man käme in den gesunden Sinus, man müsste also, wenn man weitergehen wolle, das Septum durchstossen und eine Verbindung zwischen dem gesunden und kranken Sinus herstellen. Ich glaube nicht, dass das häufig der Fall ist. Als ich den betreffenden Aufsatz las, sah ich mir alle Schädel an, die ich finden konnte, fand aber nur einen im Deutschen Hospital, wo das wirklich ganz ausgesprochen ist.

Dr. M. Toeplitz: Ich möchte zu den Worten des Herrn Dr. Gleitsmann, welcher die betr. Erkrankungen in Bezug auf ihre Symptome und die Diagnose sehr ausführlich geschildert hat, noch hinzufügen, dass es akute Empyeme gibt, die entschieden ohne jede Behandlung zurückgehen. Ich habe solche Fälle gesehen, und nicht nötig gehabt, in denselben operativ vorzugehen. Dann gibt es auch eine ganze Anzahl von Fällen von Empyemerkrankungen, nicht nur im Antrum Highmori, sondern auch in den anderen Nebenhöhlen, die latent verlaufen, und da ist es sehr schwer, die Diagnose zu machen. Wenn wir nach Ziem überhaupt bei jeder Erkrankung bloss vermuten, dass irgend etwas in einer Höhle sein könnte und jede Kieferhöhle eröffnen, die uns in die Hände kommt, so würden wir auch so viele Fälle haben, wie in Deutschland. Es ist ganz unglaublich, wie viele Fälle Ziem operirt, und in wie viel Fällen er keinen Eiter findet. Es ist sicher nicht notwendig in dieser Weise vorzugehen.

Ich muss gestehen, dass die Fälle von Siebbein- und Stirnbeinhöhlenerkrankungen, welche die Augenärzte sehen, ganz anderer Natur sind, als die, welche wir Rhinologen zu sehen bekommen. Das sind gewöhnlich hochgradige Fälle, die bereits durch die Sinuswände hindurch in die Orbita hinein perforirt sind. Die Fälle bedürfen natürlich einer äusseren Operation. Es ist nicht nötig, dass dabei Fisteln vorhanden sind. Ich habe solche Fälle vor kurzem im „Ophthalmic and Aural Institute" gesehen; ich glaube aber, dass es doch besser wäre, wenn sie

nicht nur vom Auge aus operirt würden, sondern auch von der Nase aus. Ich habe speziell einen solchen Fall im Sinne, wo sich eine ganze Anzahl von Hypertrophien und Polypen in dem mittleren Nasengange zeigte, die hätten ausgeräumt werden sollen. Ausserdem glaube ich, die Herren Ophthalmologen würden besser daran thun, wenn sie die Fälle nach unten drainiren wollten. Das ist doch ein Prinzip, das allgemein anerkannt wird.

Was die Häufigkeit der Fälle von Keilbein-Erkrankungen anbetrifft, so muss ich gestehen, dass ich sehr wenig Fälle davon gesehen habe.

In Bezug auf Kieferhöhlenempyeme kann man nach einer Regel operiren und auf diese Weise radikale Operationen ausführen. In der letzten Zeit habe ich nämlich zwei Fälle operirt, die sehr schön geworden sind. Ich ging erst mit der explorativen Punktion der nasalen Wand vor; dabei zog ich die Durchstossung vom mittleren Gange der vom unteren Gange vor. Es gibt auch Fälle, in denen die Oeffnung in die Nase hinein verschlossen ist, und dann kann man keinen Eiter finden. Wenn z. B. das Septum so verbogen ist, dass es gegen die mittlere Muschel anstösst, so ist es unmöglich, ohne eine Gegenöffnung von der natürlichen Oeffnung nachher durchzuspülen. Wenn die Eröffnung von der Nase nicht zum Ziele führt, dann kann man einfach unter Cocain einen Einschnitt in die fossa canina machen, und hier eine kleine Oeffnung mit dem elektrischen Drillbohrer ohne Schmerzen herstellen und mit der von Myles angegebenen biegsamen silbernen Röhre die Ausspülung vornehmen, die vollständig gute Resultate ergibt. Sollten diese Eingriffe nicht genügen, so sind radikalere Operationen, wie breite Eröffnungen der fossa canina oder der Alveolen indicirt.

Was die Siebbein-Erkrankungen anbetrifft, so ist die Eiterung oft nicht sichtbar, wenn man anfangs untersucht. Es ist manchmal schwer, die mittlere Muschel zu entfernen. Ich habe in letzterer Zeit verschiedene Instrumente für diesen Zweck angewendet und möchte Ihnen ein Instrument ganz besonders empfehlen, das ich hier mitgebracht habe und das mit äusserster Leichtigkeit arbeitet. Es ist die von Myles angegebene sog. „Alligatorzange." (Redner demonstrirt das Instrument.)

Das Instrument möchte vielleicht den Nachtheil haben, dass es nicht so massiv wirkt, aber vielleicht ist das auch gerade ein Vorzug. Es bricht nicht nur die Weichtheile, sondern auch die Knochen fort und operirt sehr schnell. Man kann oft 3—4 Stücke in einer halben Minute herausnehmen, was man mit anderen Instrumenten nicht zu Stande bringt. Es ist ursprünglich zur Entfernung von Adhäsionen angegeben worden, aber es lässt sich nicht nur bei Vergrösserung der mittleren Muschel, sondern auch zur Entfernung von Granulationen nach Operationen gut verwenden.

Dr. Felix Cohn: Den ausführlichen Mitteilungen von Dr. Gleitsmann ist nur wenig hinzuzufügen. In Bezug auf die Kiefer-Eiterung möchte ich auf ein Symptom hinweisen, welches nicht erwähnt wurde, nämlich das Dunkelbleiben der Pupille der erkrankten Seite, bei der

Durchleuchtung des Oberkiefers. Ein weiters subjectives Symptom ist die Nichtempfindung des Lichtscheins auf der afficirten Gesichtshälfte. Bezüglich der operativen Behandlung der Kiefereiterungen möchte ich erwähnen, dass ich vollkommen davon abgekommen bin, die Durchstossung von der Nase aus vorzunehmen. Man kann allerdings versuchen, bei Nasen, die darnach gebaut sind, die Durchspülung durch die natürliche Oeffnung im Ductus semilunaris auszuführen. Viele Erkrankungen der Kieferhöhle sind sicher darauf zurückzuführen, dass die Zahnärzte versuchen, Zähne zu erhalten, die Zähne daher, um sie zu erhalten, „getödtet" werden und darnach Entzündungen in der Kieferhöhle veranlassen. Ich glaube auch, dass die meisten Kieferhöhlen-Eiterungen nicht nasalen, sondern dentalen Ursprungs sind. Da mir die einfache Punction nicht ausreicht, bediene ich mich der Ziem'schen Durchbohrung vom Alveolus aus. Durch die kleine Oeffnung lässt sich die Höhle durch Spülung sowohl als Pulvereinblasung behandeln. Bei chronischen Eiterungen empfiehlt sich aber eine ganz breite Eröffnung des Alveolarfortsatzes, so dass man in der ersten Zeit trocken behandeln kann. Oefters gelingt es auch, Fälle in dieser Weise zu heilen. Führt die trockene Behandlung nicht zum Ziele, so muss die Lücke wenigstens gross genug erhalten werden, dass die Patienten bequem eine kleine Spritze, wie sie von den Zahnärzten gebraucht wird, einführen können, um sich morgens und abends die Kieferhöhle selbst mit einer schwachen Karbollösung oder Borsäurelösung ausspülen zu können. Die Patienten befinden sich bei dieser Behandlung am aller bequemsten. Früher hatte man befürchtet, dass die Kieferhöhle durch Speisereste inficirt würde, weswegen man eine silberne Röhre einführte. Ich habe das auch versucht, aber eine Patientin ist mir dabei fast erstickt, indem die Röhre Nachts beinahe in den Larynx gerieth. Die Gefahr einer Infection ist äusserst gering, und ist es meist nur nöthig für die Reinhaltung des Mundes zu sorgen.

Dr. H. A. Ehrmann: In Bezug auf den diagnostischen Wert der Durchleuchtung bin ich zu der Ansicht gekommen, dass dieselbe nur eine kostspielige Spielerei ist. Meine Erfahrungen waren bis jetzt leider sehr unzufriedenstellnd. Meine Methode für Operation des Empyem des antrum Highmori ist die bekannte Krause'sche Methode, und hat mich dieselbe nie im Stich gelassen. Was die Seltenheit der Erkrankungen des Sinus sphenoidalis betrifft, so kann ich nur sagen, dass Dr. Max Schaefer in Bremen innerhalb zwei Jahre 15 Fälle von akuter Erkrankung und 43 Fälle von chronischer Erkrankung konstatirt und publizirt hat, und ich hatte das Vergnügen, fünf von den Fällen selbst zu sehen; es scheint doch, dass wahrscheinlich sehr viel mehr solche Fälle existiren, als wir selbst glauben.

Dr. W. Freudenthal: Ich beschäftige mich seit einer Reihe von Jahren mit diesen Empyemen, und ich muss sagen, für mich ist die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen noch immer ausserordentlich

schwierig und die Behandlung noch viel schwieriger. Ich habe eine ganze Reihe von Erkrankungen des Sinus frontalis gesehen. Aber ich habe noch keinen einzigen Fall gesehen, der durch intranasale Operation geheilt worden ist. Solche Fälle werden hier wenig berichtet, aber sie werden sehr häufig gesehen. Ich will ganz kurz über einen Fall berichten: Ein Mann, der über verschiedene Symptome klagte, wurde von einem hiesigen Rhinologen behandelt, welcher sagte, dass das Antrum Highmori erkrankt wäre. Es wurde eine Oeffnung gemacht; es kam kein Eiter heraus. Der Patient ging nach Berlin, wo sofort der Sinus frontalis eröffnet wurde. Der Patient wurde dann von Professor B. Fränkel an mich gewiesen, und ich behandelte ihn neun Monate lang. Es bildeten sich Granulationen, und es eiterte fortwährend. Als der Patient zwei bis drei Monate weggeblieben war, bemerkte ich mit einem Mal, dass er jetzt doch eine Erkrankung des Antrum Highmori bekommen hätte. Er wollte es mir nicht glauben und ging nach Berlin, wo Professor Fränkel das Antrum Highmori eröffnete. Die Eiterung des Sinus frontalis war aber bei seiner Rückkehr dieselbe. Die subjectiven Symptome sind verschwunden, aber es eitert fort. Ich habe einen anderen derartigen Fall, der von Professor Moldenhauer an mich gewiesen wurde. Er wurde auch an Dr. Klotz wegen eines anderen Leidens gewiesen. Er kam zu mir mit Eiterung in den Siebbeinzellen. Das gab sich bald und die Eiterung setzte sich auf den Sinus frontalis fort. Der Mann hat jetzt schon drei Jahre eine Eiterung des Sinus frontalis. Ich konnte ihn nicht bewegen hierher zu kommen. Solche Leute haben keine Beschwerden aber es entleert sich fortwährend Eiter. Geheilt habe ich noch keinen Fall gesehen, der nicht von Aussen geöffnet worden wäre.

Dr. William Hirsch: Ich bin den Auseinandersetzungen mit grossem Interesse gefolgt, besonders da ich mich selbst seit etwa sieben Wochen eines Empyems des Antrums erfreue. Ich habe aus eigener Erfahrung kennen gelernt, wie wichtig es ist, beim Antrum-Empyem, wenn es dentalen Ursprungs ist, von vorn herein die richtige zahnärztliche Diagnose zu machen. Falls dies, wie es mir passirt ist, nicht geschieht, sondern erst ein oder mehrere Zähne ausgezogen werden, welche vollständig unschuldig an der Sache sind, so ist das jedenfalls für den Patienten nichts weniger als angenehm. Es mag aber zuweilen für den Zahnarzt sehr schwierig sein, die richtige Diagnose zu stellen, da der Schmerz nicht, wie bei gewöhnlichen Zahnaffectionen, in den betreffenden Zahn projizirt wird, indem es sich doch meist um todte Zähne handelt. Ich glaube nun durch Selbstbeobachtung auf ein Symptom hinweisen zu können, welches nach dieser Richtung hin von Wichtigkeit wäre. Ich habe auf einige subjektive Symptome hin mein Antrum Empyem diagnostizirt zu einer Zeit, als es mir von keiner Seite geglaubt wurde. und zwar in der aller frühesten Zeit des Entstehens. Nachdem eine heftige akute Neuralgie eingesetzt hatte, bekam ich nach einigen Tagen plötzlich die Empfindung eines zischen-

den Geräusches in der Gegend des Antrums, das etwa eine Secunde anhielt und sich in Intervallen von einigen Minuten mehrfach wiederholte. Dies Geräusch fasste ich als einen Erguss in die Kieferhöhle auf, und stellte daraufhin die Diagnose Antrum-Empyem. Am nächsten Tage schwoll die betreffende Gesichtshälfte an, und bald darauf entleerte sich Eiter durch den Nasenrachenraum, wonach die Diagnose ziemlich zweifellos war. Die objective zahnärztliche Untersuchung führte zu keinem befriedigenden Resultat, in Folge dessen ein Zahn entfernt wurde, der offenbar nicht die Ursache der Kiefererkrankung bildete. Dahingegen führte ein subjectives Symptom auf die richtige Spur. Bei jeder Erhöhung des Druckes in der Kieferhöhle, wie beim Husten, Lachen, Bücken etc. hatte ich eine deutliche Empfindung in der Gegend des ersten Bicuspis, und nachdem dieser Zahn entfernt war, stellte es sich heraus, dass derselbe der Ursprung des Empyems war.

Präs. Dr. Willy Meyer: Erlauben Sie mir nur ein paar Worte. Wir Chirurgen nehmen den Weg naturgemäss lieber von aussen als von der Nasenhöhle aus. Ich glaube ganz gewiss, dass es beim Antrum Highmori von grösster Wichtigkeit ist, eine weite Oeffnung zu machen, und zwar nicht von der Nase, sondern vom Alveolar-Fortsatz aus, um mit einem grösseren Instrument bequem eingehen zu können. Bei den chronischen Fällen von Stirnhöhlen-Eiterung kommt es manchmal vor, dass die Entzündung von einer Seite auf die andere übergreift. Ich habe im Jahre 1888 einen derartigen Fall im Deutschen Hospital, natürlich von aussen, operirt. Die Scheidewand war kariös und konnte man direkt durch dieselbe von einer Seite zur anderen mit der Sonde übergehen. Erst nach Resektion der ganzen vorderen Wand ist der Fall schliesslich zur Ausheilung gekommen.

Dr. J. W. Gleitsmann (Schlusswort): Ich bin für die freundliche Aufnahme des Vortrags sehr dankbar, kann aber bei der Kürze der Zeit nicht auf alle Bemerkungen der Herren eingehen, sondern muss mich möglichst beschränken.

Herrn Dr. Hirsch möchte ich erwiedern, dass allerdings Auskultations- und Perkussionserscheinungen beobachtet worden sind, aber diese Methode ist doch zu unzuverlässig, um in einem Vortrag wie dem meinigen erwähnt zu werden.

Mit der Bemerkung unseres Präsidenten, wie mit dem von Dr. Cohn Gesagtem in Bezug auf die Ausführung der Operation durch eine breite Oeffnung, stimme ich vollständig überein, und ich habe in dem Vortrag erwähnt, dass die Probepunktion mit nachfolgender Behandlung des Nasengangs durch Miculicz oder Schmidt nur von kurzer Dauer sein kann. Diese Probepunktion von Schmidt dient mehr zur Diagnose als zur wirklichen Behandlung. Es wird keinem Rhinologen einfallen, eine chronische Kieferhöhlen-Erkrankung von der Nasenhöhle aus zu heilen, da ist eine breite Eröffnung vom Alveolarfortsatz aus oder von der Fossa canina aus nothwendig.

Die Bemerkung von Dr. Freudenthal, wenn er mir gestattet, das hinzuzufügen, bezog sich auf intranasale Behandlung des Empyem des Sinus frontalis, wie er mir persönlich mitgetheilt, und ich stimme auch mit dem überein, was die Herren, die in der Sache arbeiten, erwähnt haben. Intranasale Behandlung der Stirnhöhle giebt kein gutes Resultat, man muss von aussen aufmachen. Es ist nicht zu vergessen, dass Stirnhöhlen-Empyem in manchen Fällen in den Sinus maxillaris drainiren kann, und man hat dann mit zwei Höhlen zu thun und kann den maxillaris nicht ausheilen, ehe man nicht den frontalis geheilt hat.

Was Dr. Cohn in Betreff der Erleuchtung erwähnt hat, ist vollständig richtig, und das sollte ein Fingerzeig sein, wenn manchmal die Durchleuchtung der Wange und unteren Orbitarräume im Stich lässt. Ich habe darauf sehr viel geachtet, bin aber sehr selten zu dem Resultat gekommen, dass ich die Pupille selbst erleuchtet sah. Ich habe gefunden, dass die Patienten, wenn ich sie darauf aufmerksam machte, im Stande waren, mir zu sagen, wenn das elektrische Licht in der Mundhöhle war, dass sie einen Lichtschein im Auge erblickten. Aber das Dunkelbleiben der Pupille würde mich nicht veranlassen, Wert darauf zu legen, ob der Sinus erkrankt ist oder nicht.

Mit Dr. Töplitz stimme ich in Betreff der Operationen von Ziem vollständig überein. Dr. Ziem hat viele Operationen gemacht, und wenn man seine Publikationen verfolgt, so bekommt man den Eindruck, als ob etwas zu viel operirt worden wäre. Spontane Heilung, wie Dr. Töplitz erwähnt, habe ich nicht beobachtet.

Dr. Grüning bin ich dankbar für die Erwähnung der Fistelgänge der Orbita. Ich konnte diese nicht erwähnen, das hätte meinen Vortrag zu weit ausgedehnt. Es ist das aber sehr natürlich, denn die Theile stehen in unmittelbarem Zusammenhang. Wenn er der Ansicht ist, dass von der Aussenseite der Orbita öfter operirt werden sollte, so stimme ich ihm bei für die Fälle, wo Eiterung entweder sichtbar ist oder eine Auftreibung sich zeigt. Ich glaube, dann ist die Operation von aussen nicht blos angezeigt, sondern auch notwendig. Da aber doch die Minderzahl der Siebbein- und Stirnhöhlenerkrankungen zum Augenarzt kommen, und die grössere Anzahl der Erkrankungen intranasal sind, so ist die Eröffnung des Siebbeins von der Nase aus die überwiegend häufigere. Mit gutem Licht, nicht zu grosser Eile beim Operiren, kann man das Operationsfeld gut übersehen und braucht dann nicht im Dunkeln oder aufs Geradewohl hin zu operiren.

Zum Schluss noch ein Wort zur Bemerkung des Dr. Ehrmann. Ich möchte die Durchleuchtung gerade nicht eine Spielerei nennen, denn sie giebt uns in vielen Fällen wirklichen Aufschluss. Was aber die Keilbeinhöhlungen anlangt, so muss ich etwas sagen. Ich bin persönlich von dem einen und anderen Kollegen wegen Erkrankung der Keilbeinhöhlen angegriffen worden. Die Diskussion drehte sich um die Entfernung der Keilbeinhöhlen vom Eingang der Nase aus. Ich sagte, sie sind 8 cm. oder 3½—4' Zoll entfernt, und wurde mir ent-

gegengehalten, die Distanz wäre 5½—6 Zoll. Es hat sich aber dann durch Messungen, die Grünwald in München, ich und Andere hier gemacht haben, herausgestellt, dass meine Behauptung richtig ist. Ich habe jetzt eine Patientin behandelt und bin 4 Zoll tief gegangen und bin sicher, dass ich in die Keilbeinhöhlen gekommen bin. Keilbeinhöhlenerkrankungen kommen vor, auch ist ihre Frequenz keine so seltene, wie ebenfalls von anderer Seite angenommen wird..

Ueberreichung von Diplomen.

Schluss und Vertagung.

17 West 43. Strasse. — Sitzung vom Montag, den 6. April 1896.
Präsident: Dr. Willy Meyer.

Sekretär Dr. E. Bachmann verliest das Protokoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Sekretär Dr. A. Rose verliest einen Brief von Dr. Kretschmar aus Dresden, welcher seinen Austritt aus der Gesellschaft zu erklären wünscht, da er nach Dresden übergesiedelt ist.

Die Versammlung beschliesst den Austritt zu genehmigen.

Sekretär Dr. A. Rose verliest ein Schreiben der Aerzte von Oeynhausen, welche eine das Bad betreffende Brochüre übersenden.

Die in dem Schreiben erwähnte Brochüre gelangt zur Verteilung.

BEMERKUNGEN ZUR TECHNIK DER ANALYSE KLEINER HARNMENGEN, GEWONNEN DURCH KATHETERISATION DER URETEREN MIT DEMONSTRATION DER APPARATE.

Von Dr. Frederic E. Sondern, New York.

Bezüglich der letzthin beschriebenen Fortschritte in der Ureter-Katheterisation, möchte ich Sie zur Besprechung eines wichtigen Moments im Zusammenhang mit derselben um ein paar Minuten Aufmerksamkeit bitten.

Da man durch dieses Verfahren ja nur den, zur Zeit der Katheterisation, von der Niere entleerten Urin auffängt, ist es natürlich für den Operateur etwas zeitraubend; und da auch in nicht wenigen pathologischen Renallesionen, in welchen dieser Vorgang indicirt ist, mehr oder minder Blasenreiz existirt, ist sowohl des Arztes als auch des Patienten halber eine möglichst kurze Operationsdauer sehr wünschenswerth. Um dieses zu ermöglichen, müssen daher solche Analysierungsmethoden angewendet werden, die mit den geringsten Urinmengen gründliche Resultate erzielen.

Durch das Entgegenkommen von Herrn Dr. Willy Meyer, der mir eine Anzahl solcher Untersuchungen anvertraut hat, konnte ich mich von den Vortheilen folgender Methode überzeugen, welche ich unter ähnlichen Umständen empfehlen kann.

Sechs Cubiccentimeter ist meiner Erfahrung nach eigentlich die kleinste brauchbare Menge; doch wenn es sein muss, kann man auch bei sorgfältiger Verdünnung mit destillirtem Wasser mit weniger auskommen; z. B. wenn unter Umständen nicht mehr aufgefangen werden kann. Natürlich ist der Vorgang bei zehn Cubiccentimetern noch einfacher, welche Menge in den meisten Fällen noch etwas überschritten wird. Zur Sammlung des Urins verwende ich zwei Glastuben mit eingeschliffenen Pfropfen, und der Bezeichnung „rechts“ und „links“. Diese werden nach gründlicher Reinigung in der gewöhnlichen Weise

sterilisirt, und zum sicheren Transport auf diese Art in eine kleine Schachtel verpackt. Am Rücken derselben ist ein Zettel aufgeklebt, um die Zeit zu verzeichnen, in welcher man die erhaltene Menge aus jeder Niere erlangte, und ähnliche Aufzeichnungen von Wichtigkeit.

Sind nun in jeder sterilen Tube sechs Cubiccentimeter, oder ebensoviel genaue Dilutation, so gehe ich folgendermassen vor:

Die ganze Menge wird in den Behälter einer Westphal'schen specifischen Gravitätswage entleert, die ich hier zeige; ich kann sagen, dass die Wage sehr accurat ist, viel genauer als selbst die besseren Urinometer, welche für solche kleine Flüssigkeitsquantitäten überhaupt nicht gemacht werden, und sollte es auch gelingen, keine annährend so gute Resultate ergeben.

Nach genauem Wägen mit diesen kleinen Gewichten die hier hängen, und nach Notierung desselben, wird das gänzliche Sediment mitteist einer Centrifugalvorrichtung ausgeschleudert, und dazu kann man irgend einen der gebräuchlichen Apparate verwenden.

Ich erlaube mir hier eine Centrifugalmaschine mit Handbetrieb von der hiesigen Firma Richards & Co. vorzuzeigen. Dieselbe entspricht den höchsten Anforderungen, was Geschwindigkeit unter Handbetrieb anbelangt, da sie mit einem Minimum von Kraft ein Maximum von Umdrehungen erzielt. Eine Umdrehung der Kurbel bewirkt 130 Drehungen der angehängten Tuben, was ja die Rapidität genügend demonstrirt. Ich glaube, dass man die besten Resultate nicht durch zu schnelle aber länger fortgesetzte Umdrehungen erhält.

Für diesen Zweck, und auch im allgemeinen, gebe ich solchen Centrifugalröhrchen den Vorzug, welche an ihrem Ende mit einem kleinen Reservoir versehen sind, um in der Flüssigkeit eine Wirbelbildung bei dem Stillstehen des Apparates zu vermeiden, und unten zur leichteren Auffangung sehr spärlicher Sedimente mit der Pipette in eine Spitze ausgezogen sind, die ich sowohl in Herrn Dr. A. Jacobi's, als auch in meinem Laboratorium jetzt drei Jahre gebraucht habe, aus Gründen, die ich schon im Jahre 1893 dieser werthen Gesellschaft vorgelegt habe.

Das gewonnene Sediment ist nicht nur für die übliche microscopische Untersuchung genügend — womit ich die Constatirung von vorhandenem oder mangelndem Blut, Eiter, Schleim, Cylindern, verschiedene Epithelarten und alle crystallinischen oder amorphen Ablagerungen meine — sondern es kann auch nachträglich zum Präpariren und Färben pathogener Bakterien oder zu ähnlichen Zwecken — je nachdem es der betreffende Fall erheischt — gebraucht werden; z. B. zu chemischen Untersuchungen, um, wenn nöthig, die Diagnose von crystallinischen oder amorphen Absonderungen zu unterstützen.

Der Rest wird dann sorgfältig durch ein kleines Filter gegossen, und, nachdem die Reaction bestimmt ist, bleiben wenigstens fünf Cubiccentimeter übrig. Von diesen gebraucht man ein c.c. für die Heller'sche kalte Salpetersäureprobe für Eiweiss, oder eventuell die Kochprobe

mit Essigsäure ein c.c. für die Esbach'sche Probe, um die Resultate der ersteren Untersuchung zu bekräftigen. Wird Eiweiss gefunden, so werden die übrigen drei c.c. gekocht und abfiltrirt.

Ein c.c. wird dann zur Relativbestimmung des Harnstoffs gebraucht — entweder mit dem Apparat von Squibb, oder Doremus, welche für Contrastzwecke vollständig genügend sind.

Ein halbes c.c., wie üblich verdünnt, dient zur Zuckerprobe, für die ich, hauptsächlich wegen der kleinen Menge des erforderten Urins, das Whitney'sche Reagens vorziehe, welches auch quantitativ gute Resultate giebt.

Es bleibt jetzt, wegen der Eintrocknung etc. circa ein c.c. übrig, den man zur approximativen Bestimmung der anwesenden Chlorsalze gebrauchen kann, oder zu irgend einer anderen chemischen Untersuchung, die der betreffende Fall rathsam erscheinen lässt.

Bakteriologische Arbeiten mittelst Culturen aus den Präparaten, welche in den sterilen Tuben unter aseptischen Cautelen gesammelt wurden, (wie es ja bei Chirurgen allgemein ist) können eventuell wichtige Resultate in der Bestimmung der ätiologischen Factoren der in Frage stehenden pathogenen Zustände liefern. Darauf aber will ich mir erlauben in späterer Zeit zurückzukommen.

Ich will Sie nicht bemühen mit mir eingehend alle meine Untersuchungsergebnisse durchzugehen, doch möchte ich Sie, zum Zweck der Bekräftigung meiner Darstellung, mit den wichtigeren Daten einer derselben bekannt machen.

In diesem Fall von einem Manne wurden von der rechten Niere entleert:

9 c.c. in 14 Minuten.
Geruch: Unangenehm.
Reaction: Alkalisch.
Specifisches Gewicht: 1004.
Harnstoff: 0,005 in 1 c.c.
Eiweiss: circa ¼ ‰ (Gewicht).
Chlorsalze: 0,0025 in 1 c.c.
Microscopisch: Eier und Eiterpfropfen; Schleim; hyaline, körnige und epithel belegte Cylinder; Gruppen von Epithelien des Nierenbeckens; viel Harnsäure und Cylinder von Harnsäuren Salzen.

L i n k s.

11 c.c. in 14 Minuten.
Geruch: Normal.
Reaction: Sauer.
Specifisches Gewicht: 1008.
Harnstoff: 0,01 in 1 c.c.
Eiweiss: Keins.
Chlorsalze: 0,005 in 1 c.c.
Microscopisch: Keine Nierenelemente. Keine Crystalle oder Salze.

In diesem Fall war der Schluss, dass die linke Niere normal ist, ganz einfach, und ich kenne kein anderes Verfahren wodurch dieses hätte bewiesen werden können. In der rechten Niere war durch obigen Befund eine Pyelo-nephritis mit Gährung im Nierenbecken konstatirt, wahrscheinlich durch Harnsäure, Stein oder Ansammlung von Gries verursacht.

Ein Ueberschlag des Procentsatzes der Excretionsfähigkeit jeder Niere, der auf die Menge von Harnstoff und Chlorsalze, welche in einem bestimmten Zeitraum ausgeschieden wurden, basirt, wäre etwa rechte Niere 30 Prozent, linke Niere 70 Prozent.

Dies in Verbindung mit der Krankengeschichte ergiebt so eine vollständige positive Diagnose, die absolut von keinem bisherigen Vorgang jemals erreicht wurde.

Sind die Proben aus jeder Niere auf dieser Art ausgenützt, und die Resultate notirt, so kann man dann ohne Schwierigkeit daraus logische Schlüsse auf den Zustand jedes Organs ziehen.

Vor der Zeit des Urether-Catheters war in einer solchen grossen Anzahl von Fällen, eine Bestimmung, ob die Nierenaffection ein- oder beiderseitig sei, die doch von grösster Wichtigkeit für den Chirurgen ist, nur höchst ungewiss. Das einfache Cystocop hat gewissermassen geholfen diesen Zweifel zu beheben; aber jeder der diese mehr oder minder ausgesprochene Ungewissheit selbst mitgemacht hat, begrüsst die Ureter-Catheterisation mit Freude, denn durch sie ist die Schwierigkeit die relative Funktionsfähigkeit jeder einzelnen Niere zu diagnosticiren, behoben, und die Indication oder Gegenindication eines operativen Eingriffs gegeben.

200 West 56. Street.

Diskussion.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ich habe im „N. Y. Medical Journal" kürzlich eine Arbeit über diesen Gegenstand veröffentlicht und möchte Ihre Zeit nicht damit hinbringen, Ausführlicheres daraus zu wiederholen. Sie wissen, dass seitdem wir bei Frauen die Katheterisation der Uretern nach Kelly ausüben, die Diagnose bestehender Nierenleiden dadurch mit grosser Genauigkeit gemacht werden kann. Aber die Untersuchungen, deren Resultat soeben von Dr. Sondern berichtet worden, stammen von Männern. Darin liegt der grosse Fortschritt, der in den letzten wenigen Monaten mit Hülfe des Kasper'schen Ureter-Cystokops in der Medicin und Chirurgie gemacht worden ist. Früher hiess es in vielen Fällen: entweder symptomatisch behandeln, oder Explorativ-Operation. Es blieb keine andere Behandlung übrig: Heute kann man mit ruhigem Gewissen behaupten, dass man, wenn die Blase nur circa fünf bis sechs Unzen Flüssigkeit fasst, ohne allgemeine Narkose nur mit Hülfe localer Cocain-Anaesthesie die Katheterisation der Ureteren in der allergrössten Mehrzahl der Fälle bei beiden Geschlechtern ausführn kann, ohne besondere Beschwerden und Schmerzen oder unangenehme Nachwirkungen für den Patienten fürchten zu müssen. Das ist ein Fortschritt, der für die Medizin und Chirurgie der Nieren gar nicht hoch genug veranschlagt werden kann. Ich möchte dabei bemerken, dass Dr. Nitze, der geniale Erfinder des Cystokops in seiner heutigen Form, mit dem Instrument schon seit zwei Jahren gearbeitet haben will. Er hat es auf vier

verschiedenen Kongressen demonstrirt, aber leider nicht in den Handel gebracht. Es hat sich nun zwischen ihm und Dr. Kasper ein unangenehmer Streit erhoben, wem die Palme der Erfindung dieses Instrumentes zufiele. Als Unparteiischer kann man nur konstatiren, dass Dr. Kasper derjenige ist, welcher uns dieses Instrument zugänglich gemacht hat. Trotzdem Nitze immer der Ruhm bleiben wird, die Cystokopie auf die heutige hohe Basis erhoben zu haben, so gebührt doch Dr. Kasper der Ruhm und unser Dank, uns in den Besitz dieses trefflichen Instrumentes gesetzt zu haben.

Ich würde in meiner kleinen Arbeit Krankengeschichten angefügt haben. Aber, wie es der Zufall fügt, bin ich zu meinem Bedauern noch nicht ein einziges Mal in die Lage gekommen, auf Grund der mit Kasper's Instrument gestellten Diagnose zu operiren.

Ich glaube, es ist heute unsere Pflicht, in allen zweifelhaften Fällen, besonders aber dort, wo wir den Beginn eines ernsteren, später tödtlichen Leidens, wie z. B. Tuberkulose, vermuthen, darauf zu bestehen, dass die Katheterisation der Ureteren und damit frühzeitige genaue Lokalisation des Leidens ausgeführt werde. — Ferner möchte ich noch sagen, dass jeder, der Cystoskopie getrieben hat, diese Katheterisation ausführen kann. Sie erfordert keine besondere Geschicklichkeit, nur praktische Erfahrung. Wenn man gewöhnt ist, die Ureteren-Mündung seinen Augen zugänglich zu machen, so kann man auch unter Leitung der Augen ohne besondere Schwierigkeit einen kleinen Katheter in den Ureter einschieben.

Noch eins möchte ich mit Bezug auf die Ausführung von Dr. Sondern bemerken: Im Anfang meiner Ureter-Katheterisations-Praxis bei Männern vergass ich die Anordnung zu geben, vorher viel zu trinken. Die Folge dieser Unterlassung war schlagend. Einen Fall bei einem Prostatiker werde ich speciell nicht vergessen. Der Patient hatte am Morgen des Untersuchungstages sehr wenig getrunken. Um zehn ccm. zu sammeln, brauchte ich fünfzig Minuten. Sie kennen sich denken, was das heisst, dass ein Patient ohne allgemeine Narkose so lange mit dem Instrument in der Blase ruhig auf dem Rücken bleiben und sich den Harn abzapfen lassen muss. Will man nun auch noch die andere Niere in derselben Sitzung abdrainiren, so würde das ungefähr hundert Minuten beanspruchen. — Ich habe gefunden, dass wenn man schon Tags zuvor den Patienten viel trinken lässt, und am Morgen vor der Untersuchung noch ein bis zwei Tassen Kaffee und hinterher mehrmals Wasser, man z. B. innerhalb vier Minuten einen kontinuirlichen Strom von 120 Tropfen gleich 8 cc. von einer Niere bekommt. Ich sah dieses Phänomen zuerst bei Frauen, hinterher auch bei Männern. Der kontinuirliche Secretions-Strom ist recht interessant. Man sollte meinen, weil die Ausströmungen aus den Ureteren in die Blase in Intervallen geschieht, dass dies auch höher oben im Ureter geschehe. Das ist aber nicht immer der Fall, wenigstens nicht wenn die Niere stark arbeitet. In Wahrheit secernirt die Niere ja perma-

nent. Da nun der untere Teil des Ureters in seinem schrägen Lauf durch die Blasenwand leicht comprimirt wird, so bedarf es gewiss erst einer grösseren Ansammlung von Urin, um den untersten Abschnitt des Ureters zu erweitern. Sobald dies geschehen, wird ein Reflex ausgelöst und der Harn nun schussweise ausgepresst. Ich wüsste nicht, wie dieses Phänomen anders zu erklären ist.

Wir müssen Dr. Sondern dankbar sein, dass er uns diese Methode hier demonstrirt hat. Es sind allerdings Ausnahmen, dass man beim Katheterismus der Ureteren innerhalb zehn Minuten nur 6 c.c. auffängt. Wenn man, wie bemerkt, den Patienten vorher viel trinken lässt, so ist es ohne besondere Schwierigkeit zu erreichen, dass die zur genauen Analyse zum mindesten nothwendigen sechs ccm. schon in vier bis sechs Minuten geliefert werden. Bei kranken Nieren kann das natürlich anders sein.

Dr. H. G. Klotz: Ich sehe recht wohl ein, dass man durch reichliches Trinken auf bequeme Weise vermehrte Harnsekretion erhält. Aber wenn Sie plötzlich eine sehr reichliche Harnausscheidung bekommen, so wird die Zusammensetzung des Urins sich wesentlich anders gestalten. Das ist ein Uebelstand, der immerhin in Erwägung gezogen werden sollte, da er leicht zu Irrthümern und falschen Schlüssen Veranlassung geben kann. Wenn Sie den Kranken eine Woche vorher reichlich trinken lassen, so würde der Unterschied sehr gering werden, aber wenn Sie erst am Tag vorher anfangen, so wird der Urin verschieden sein, was den Salzgehalt anlangt, und wahrscheinlich auch in Bezug auf den Prozentgehalt des Harnstoffes und anderer organischer Bestandtheile.

Präs. Dr. Willy Meyer: Die Frage haben wir uns auch vorgelegt. Man soll aber nicht vergessen, dass es immer das Streben sein muss, in Einer Sitzung beide Nieren abzudrainiren; dann hat man den absolut nothwendigen Vergleich. Sachlich ist Dr. Klotz's Einwand richtig. Man wird nach vielem Trinken ganz gewiss geringeren Salzgehalt u. s. w. finden.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

FALL VON ADDISON'SCHER KRANKHEIT.

Dr. Max Einhorn (Patienten vorstellend): Meine Herren! Ich wollte Ihnen diesen Fall vorstellen, weil er ziemlich interessant erscheint, obgleich ich in Bezug auf die Affektion, um deren Willen ich ihn vorstelle, eigentlich keine genaue Diagnose geben kann, sondern nur eine Wahrscheinlichkeits-Diagonse. Dieser junge Mann ist seit seiner Kindheit immer leidend, und zwar hauptsächlich mit Erscheinungen seitens des Magens. Er pflegte grossen Hunger zu haben und unaufhörlich zu essen und dabei ziemlich schwächlich zu sein. Später hin wechselten solche Perioden des Hungers mit solchen von Appetitlosigkeit ab. Aber ausser diesen Magenerscheinungen hat Patient ab und zu stark nervöse Symptome, so z. B. eine Art Brennen in den

unteren Extremitäten, manchmal ein Kältegefühl, dann zeitweise tagelang lange Zeit hindurch ein Gefühl der Schläfrigkeit. Andererseits hat er letzthin einen Monat hindurch gar nicht schlafen können. Wenn Sie seine Haut betrachten, so sieht er im allgemeinen im Gesicht und an den Händen ziemlich weiss aus, aber wenn Sie die Haut des Körpers näher betrachten, so ist sie braun pigmentirt. Diese braune Farbe hatte er schon seit vielen Jahren, an manchen Stellen vielleicht deutlicher, wie bei einem Mulatten. Ausserdem sind seine Finger ziemlich stark entwickelt und an den Gelenken viel dicker als sie normal sein sollten. Ich denke, dass man diese Symptome darauf zurückführen kann, dass die Nebennieren früh entweder teilweise entartet waren oder dass von Gburt an ein fehlerhafter Zustand da war und alle diese Symptome davon ausgehen. Es ist Ihnen bekannt, dass in der Addison'schen Krankheit, wo die Nebennieren entzündet sind, auch eine braune Pigmentirung der Haut stattfindet mit Magensymptomen, Schwäche und anderen nervösen Symptomen, dass aber die Affektion dann viel schlimmer verläuft als hier. Infolge dessen würde ich nun annehmen, dass hier eventuell nur eine teilweise Affektion der Nebennieren stattfindet. Das ist natürlich nur eine Hypothese, bestimmt beweisen kann ich es nicht.

Dr. Förster: Demonstration eines Instruments zur Behandlung der Ante- und Retroflexionen des Uterus.

Die Behandlung der Uterusflexionen ist eine wenig befriedigende. Das beste Resultat wird noch erzielt durch eine Curettage des Uterus gefolgt von einer Packung der uterinen Höhle mittels steriler Gaze, jedoch sehen wir öfters das Organ nach Entfernung der Gaze nach kurzer Zeit in seine falsche Lage zurückkehren. Ungefähr dieselbe Erfahrung machen wir auch nach anderen angegebenen chirurgischen Behandlungsmethoden. Ich stellte nun dieses Instrument zusammen, ein verstellbares intrauterines Pessarium, und glaube durch dessen Anwendung im Stande zu sein, günstigere Resultate zu erzielen. Ich gehe von der Idee aus, dass wenn wir ein ante- oder retroflectirtes Organ auf eine längere Zeit — 10 bis 12 Tage — in die entgegengesetzte Lage bringen, wir dem Uterus, besonders in der Gegend des Knickungswinkels, genügend Zeit geben, sich in seiner gestörten Circulation zu kräftigen, so dass nach Entfernung des Pessariums statt einer hochgradigen Knickung wir ein verhältnissmässig gerades Organ erhalten. So habe ich denn auch in 8 Fällen von Flexion ein recht zufriedenstellendes Resultat erreicht, während in einem Fall, in welchem ich das Pessar zu klein wählte, der vorherige Zustand wieder eintrat. Die Anwendung des Instrumentes geschieht unter stricten Cautelen der Anti- und Asepsis. Patientin muss circa 14 Tage liegen, die Nachtheile, welche dem Gebrauch des gewöhnlichen intrauterinen Pessars anhaften, sind damit gehoben.

Das Instrument besteht aus einem intrauterinen Pessar aus Metall, das Stäbchen ist hohl und ist aus spiral gewundenem Draht ange-

fertigt. In das Lumen des Stäbchens passt ein gekrümmtes Stilet, welches in einer Rinne läuft und dadurch die Krümmung des Stäbchens herstellt. Der tellerartige Untertheil ist mit 4 Löchern versehen, zum Zweck der Drainage und zugleich, um als Befestigungspunkt zu dienen, an welchem 4 durch die Cervix gelegte Fäden angebracht werden. Durch diese Fäden wird eine Rotation des Pessariums in utero verhütet.

Nach Curettage der Uterushöhle werden die 4 Fäden durch die Cervix gelegt, sodann wird das Pessarium eingeführt, und über dem Teller werden die Fäden geknüpft. Das Stilet wird nun mit Leichtigkeit eingeschoben und eine Kappe zum Zweck der Sicherheit an dem unteren Ende desselben befestigt. Die Einlegung eines Gazestreifens in die Vagina, um Druck zu vermeiden und für Drainage zu sorgen, schliesst die kleine Operation.

2. DISKUSSION UEBER DIE FRAGE: „DUERFEN SYPHILITISCHE HEIRATEN?"

Präs. Dr. Willy Meyer: Erlauben Sie mir, meine Herren, zur Einleitung einige Worte zu sagen. Ihr Präsident glaubte, dass es bei dem kolossalen Material, welches uns hier in New York über die Frage der Syphilis zur Verfügung steht, es für die Mitglieder unseres Vereins nicht ohne Belang sein dürfte, diese Frage einmal von Experten genau ventiliren zu lassen und auf diese Weise sowie in der folgenden Diskussion vielleicht vieles interessante Material, das im Schoosse unserer Gesellschaft schlummert, ans Tageslicht zu ziehen. Sollte ich mich darin nicht getäuscht haben, so würde ich mich ausserordentlich freuen.

Dr. H. G. Klotz: „DUERFEN SYPHILITISCHE UEBERHAUPT HEIRATEN?" (Siehe Original-Arbeiten.)

Dr. S. Lustgarten: a) „WANN DUERFEN SIE HEIRATEN?" b) „UNTER WELCHEN BEDINGUNGEN?" (Siehe Original-Arbeiten.)

Diskussion.

Dr. L. Weber: Meine Herren! Die wenigen Bemerkungen, die ich zu machen habe, beziehen sich wesentlich auf Syphilis der Männer und die Beziehung derselben zur Ehe. Die Anzahl Frauen, die ich beobachtet habe, ist verschwindend klein, soweit deren Einfluss in Betracht kommt. Es hat sich hier ungefähr folgendes aus der Erfahrung meiner Praxis über die uns vorliegende Frage ergeben:

Ich habe zunächst mein eigenes Beobachtungsmaterial geprüft und daraufhin folgende Notizen niedergeschrieben: Die Frage: „Dürfen Syphilitische heirathen?" beantworte ich mit Nein, so lange solche Leute sich noch im condylomatösen oder papulösen Stadium befinden, also direct anstecken können, mit Ja, wenn sie wenigstens zwei Jahre über dasselbe hinaus sind. So hat sich denn diese wich-

tige Frage immer darauf für mich zugespitzt: „Wann dürfen Syphilitische heirathen?"

Das mir zu Gebote stehende Material ist leider nicht gross, wohl nicht über 300 Fälle im Laufe meiner Praxis, jedoch sind die grosse Mehrzahl dieser Fälle lange Jahre hindurch von mir gesehen und verfolgt worden und dürfen desshalb berücksichtigt werden. Da hat sich denn zunächst herausgestellt, dass das direct ansteckungsfähige Stadium, auch bei energischer und ausgiebiger Behandlung circa drei Jahre betragen hat, und dass ich es in den Sturm und Drangjahren der Praxis nicht allzuselten zu bereuen hatte, wenn ich meine Zustimmung gab, dass der betreffende Patient in weniger als fünf Jahren, von der Zeit der Ansteckung an gerechnet, sich verehelichte. Ich bin auch seit 15 Jahren nicht mehr nachgiebig gewesen in dieser Hinsicht und beharre auf dem Satz: „Ein Syphilitischer, wenn auch mit der besten Umsicht und Sorgfalt behandelt, soll nicht unter fünf Jahren nach dem Primäraffecte sich verheirathen.

Eine sorgfältig ausgearbeitete Statistik meiner Fälle Ihnen vorzulegen, und den Satz durch Zahlen zu stützen, bin ich heute weder in der Lage, noch ist mir die dazu nöthige Zeit zugemessen; ich will nur betonen, dass, wenn syphilitische Männer im dritten Jahre der Krankheit — so 3—6 Monate nach der letzten Kur und nachdem alle Läsionen glatt geheilt sind und der Organismus scheinbar in normalen Verhältnissen sich wieder befindet — sich verheiratheten, es nicht selten ein Unglück gab und die Frauen direct angesteckt wurden. Ich habe auch Notizen von einigen Fällen, in welchen sich das condylomatöse Stadium ins vierte Jahr hineinzog trotz ausgiebiger Kuren, und die Frauen doch noch Primäraffecte bekamen an Genitalien, Zunge oder Mundschleimhaut. Es bewiesen also die Minderzahl der Spätansteckungen directer Natur ebenso gut wie die günstigen Erfahrungen nach der fünfjährigen Wartezeit den Werth des aus der Erfahrung abgeleiteten Satzes.

Werfe ich nun nach dieser kurzen Auseinandersetzung betreffs der Zeitdauer in Bezug auf directe Uebertragung einen Blick auf die Ansteckung des ovulum durch syphilitische Spermatozoen und die Entwicklung einer syphilitischen Frucht mit oder ohne Contaminatio matris, da habe ich erfahren, dass der Länge der Zeit nach, die seit dem Primäraffect des Vaters verflossen, alles möglich ist: das Gute und Erhoffte ebenso wie das Schlimme und Unverhoffte.

Gewiss habe ich beobachtet, dass nach einer Reihe von Jahren syphilitisch gewesene und ausgiebig behandelte Männer häufiger gesunde als belastete Kinder erzeugt haben, jedoch steht der Fall eines Kaufmannes, der im Jahre —60 Syphilis bekam und gut behandelt wurde, Jahre lang, und längst von allen Symptomen frei, im Jahre —85 sich verehelichte und einen syphilitischen Foetus zeugte, nicht ganz vereinzelt in meinen Büchern. Der Patient machte übrigens noch eine Sublimatspritzkur durch, und seine Frau gebar ihm später

ein gesundes Kind. Das ist nun ein extremer Fall aber es ist ein positiver Fall, mir in allen Einzelheiten wohl bekannt, und beweist, wie ausserordentlich lange das sperma Gift führen und das ovulum anstecken kann.

Würde heute ein Patient zu mir kommen und sagen, vor 5, 10 oder meinetwegen 15 Jahren wurde ich inficirt, bin regelrecht und genügend behandelt worden, weiss seit Jahren nichts mehr von specifischen Läsionen, bin ich jetzt sicher, in der Ehe gesunde Kinder zu zeugen? Ich müsste sagen: Wahrscheinlich ist es, aber sicher nicht.

Dr. W. F. Mittendorf: Meine Herren! Ein Spezialist hat vielleicht weniger Gelegenheit Fälle zu verfolgen, wie sie die anderen Herren hier verfolgen können. Doch kommen auch bei uns sehr interessante Thatsachen vor, von denen ich hier einige ausführen möchte, welche beweisen, dass, was hier auch schon behauptet worden ist, die Gefahr der Syphilis bei der Mutter viel gefährlicher ist, als beim Vater. Ich erinnere mich eines Falles, eines Kindes von zwei Monaten, das ich mit bedeutend syphilitischem Augenleiden fand, während ich die Mutter das Jahr vorher an derselben Krankheit behandelt hatte. Das Kind wurde blind und blieb blind. Einen anderen Fall weiss ich, wo der Vater zu mir kam und sagte, dass er schon vor vier Jahren inficirt wurde, dass er im Begriff stehe, sich zu verheirathen, dass alle Vorkehrungen getroffen wären, und dass er nach der Vermählung sofort weggehen wolle. Unter diesen Umständen kamen wir, der behandelnde Arzt und ich, zu der Ueberzeugung, dass, da sonst gar keine Symptome weiter vorlagen, in einem solchen Fall die Heirat möglich sei. Es sei aber durchaus notwendig, dass Vorsicht beim Coitus stattfände und dass der Mann, der natürlich seine Frau während der sechsmonatlichen Reise hier liess, draussen behandelt werde. Unglücklicherweise war das erste Kind ein Abortus, aber das zweite war ein ganz gesundes Kind.

Ich möchte noch eine Frage aufwerfen, die noch nicht erörtert worden ist: ob Leute mit ererbter Syphilis heiraten dürfen und wann. Ich kenne eine junge Dame die sehr unglücklich lebte, da sie ganz bedeutend an ererbter Syphilis litt. Die Symptome waren sehr markirt, jedoch erholte sie sich und verheiratete sich dann 5 bis 6 Jahre später und hat ganz gesunde Kinder. Ich möchte dies erwähnen, weil einer unserer Kollegen, der ein berühmter Schriftsteller ist, in einem seiner Werke einen Fall erzählt, in dem ein Patient zu einem Arzt kommt und sagt, dass sein Vater von dessen Vater Syphilis ererbt habe und dass er das einzige Kind sei. Er war bis vor ungefähr 14 Tagen ganz gesund geblieben und zeigten sich dann dieselben Symptome wie bei seinem Vater. Das war also die dritte Generation. Darauf soll dann der Arzt gesagt haben: Du darfst dich nicht verheirathen. Der junge Mann war gerade verlobt, und am Tage vor seiner Verheirathung hat er sich in tragischer Weise vor einen Frachtwagen gestürzt und ist getötet worden. Das schien mir

ein sehr krasser Fall zu sein, dass Leute noch in der dritten Generation am Heiraten verhindert werden sollten, während das vielleicht bei einiger Vorsicht erlaubt werden könnte.

Dr. H. Goldenberg: Die von Dr. Klotz und Dr. Lustgarten vorgebrachten Ausführungen möchte ich fast verbatim unterschreiben, so dass es für mich sehr schwer wird, noch etwas neues hinzuzufügen. Dieselben Gesichtspunkte, die Dr. Lustgarten bei der Frage leiten: Wann dürfen Syphilitische heiraten, leiten auch mich. Ich mache meine Erlaubniss auch von denselben Gesichtspunkten abhängig. Ich würde auch nicht aufgestanden sein, um zu reden, wenn ich nicht von Fällen reden wollte, die nicht so schulgemäss verlaufen. Zur Illustration erlaube ich mir einen Fall vorzuführen, der mir vor einigen Wochen passirte. Ein Patient wurde mir von einem Kollegen wegen einer Affection der Lippe und Zunge mit der strikten Aufforderung zugeschickt, falls das Leiden ein syphilitsches sei, es dem überaus nervösen und ängstlichen Patienten nicht wissen zu lassen. Meine Diagnose war, dass Syphilis vorliege, und ich war nun in der unangenehmen Lage, das, dem Patienten, der mir mitteilte, dass er in fünf Wochen zu heiraten gedenke, verschweigen zu müssen. Ich habe mir allerdings, wenn ich so sagen darf, den Rücken gedeckt, indem ich den Kollegen, der mir den Patienten zusandte, darauf aufmerksam machte, dass der Fall syphilitischer Natur sei, aber auf die Bemerkung des Kollegen, dass der Patient schon drei Jahre lang antisyphilitisch behandelt wurde und jedenfalls die Möglichkeit einer Infektion nicht wahrscheinlich wäre, entschloss ich mich, es dem Patienten zu verschweigen. Ich erklärte also die Affection der Lippe und Zunge als nicht syphilitisch, glaubte ihm aber auf der anderen Seite schuldig zu sein, ihm auf die blosse Möglichkeit hin, wie ich sagte, dass er trotz absoluten Fehlens jeglicher Vorgeschichte, doch einmal Syphilis gehabt hätte, anzuraten, sich einer gründlichen Kur zu unterziehen, und da fand es sich dann, dass die Erscheinungen unter einer gründlichen Schmierkur zurückgingen. Ich erwähne diese Thatsache deshalb, weil der betreffende Patient während dreier Jahre innerlich chronisch intermittirend, wenn ich so sagen darf, behandelt wurde, und zwar mit kleinen ungenügenden Dosen Quecksilber, die auf sein locales Leiden der Lippe und Zunge gar keinen Einfluss hatten; und andererseits weil ich dem Patienten, trotz seiner specifischen localen Affection, das Heiraten gestattete, resp. das ihm von anderer Seite erlaubte Heiraten unter den obwaltenden Verhältnissen nicht mehr verbieten konnte. Unsere Anschauung über die einzuschlagende Behandlung hat sich während der letzten zehn Jahre nicht verändert. Vor zehn Jahren hatte ich Gelegenheit, in der erst begründeten Berliner dermatologischen Gesellschaft einer der heutigen entsprechenden Diskussion beizuwohnen. Auch damals wurden dieselben Gesichtspunkte vorgebracht. Ich muss auch wie Dr. Lustgarten bemerken, dass man mit Unrecht Fournier vorwirft, dass er seine Patienten bis an des

Lebens Ende behandle. Das ist für übertrieben anzusehen, denn Fournier verlangt nur, dass die Quecksilberkur auf vier Jahre ausgedehnt werden müsse. Und wenn nicht auf vier, so doch auf drei Jahre sollte das ein Patient ganz gut thun können.

Dr. I. P. Oberndorfer: Ich stimme im grossen Ganzen mit dem überein, was von den Hauptrednern des Abends gesagt worden ist. Ich glaube, dass die Entscheidung, wann ein Patient heiraten darf, eine ganz individuelle ist. Ich habe mich von den Grundsätzen leiten lassen, die von der französischen Schule, besonders Fournier, ausgesprochen sind, und meine persönliche Erfahrung ist bis jetzt die, dass man, wenn man dieser Lehre folgt, damit zufrieden sein kann. Ich folge einfach dem Grundsatz, dass Patienten, die mit Syphilis behaftet sind, nicht heiraten dürfen, bis sekundäre Erscheinungen auf eine gewisse Zeitdauer verschwunden sind. Das ist im allgemeinen drei oder vier Jahre. Ich behandle die Patienten kontinuirlich acht bis zehn bis zwölf Monate, dann setzte ich kurze Zeit, z. B. 2—3 Wochen, aus, dann behandle ich wieder und setze wieder aus, indem die Pausen immer länger und die Behandlungstermine immer kürzer werden, bis zwei, eventuell zwei und ein halb Jahre, verflossen sind. Während dem folgenden Jahre wird Patient mehr oder weniger häufig genau untersucht und zwar ohne Behandlung; ist während dieser Periode nichts krankhaftes zu constatiren, so gebe ich meinen Konsens. Aber es müssen natürlich Ausnahmen vorkommen. Im allgemeinen kann man sagen, dass nach drei bis vier Jahren eine Heirat ohne Gefahr für Frau und Nachkommen gestattet werden kann.

Dr. F. J. Leviseur: Die Frage wie lange nach stattgehabter Infektion ein Mann oder eine Frau heirathen dürfen ist ausserordentlich schwer zu beantworten. Man soll sich hüten dieser Frage gegenüber eine extreme Stellung einzunehmen. Den Syphilitikern ganz das Heirathen zu verbieten heisst nicht nur das Lebensglück dieser Patienten zerstören, sondern trägt dazu bei, die Krankheit noch bedeutend zu verbreiten, da man dadurch die Patienten auf die ausserordentliche Befriedigung des Geschlechtstriebes anweist. Es würde zu weit führen, wollte man die social-moralische Seite der Syphilis-Frage hier discutiren. Dieselbe wird in Folge falscher Sentimentalität und fortgeerbter thörichter Vorurtheile, wie sie ganz besonders da, wo unsere moderne Romanliteratur verbreitet worden, ausserordentlich verwickelt. Was sollen wir einem Patienten antworten auf seine Frage: Darf ich heirathen? Ich halte es für die Pflicht des Arztes den Patienten darauf hinzuweisen, dass es unmöglich ist, ihm irgendwie eine Garantie zu geben bezüglich der Fortdauer seiner Gesundheit oder der seiner Nachkommen. Man kann ja sagen, dass wenn ein Patient mindestens zwei Jahre lang gründlich behandelt worden ist, und wenn während eines weiteren Jahres keine Symptome aufgetreten sind, seine Chancen, gesund zu bleiben und gesunde Kinder zu erzeugen, die möglichst

besten sind. Jedoch ist die Festsetzung dieser Zeit eine rein arbiträre. Sie wissen Alle wie hartnäckig einige syphilitische Symptome sind, z. B. Schleimhautaffection u. s. w., und vom Auftreten eines kleinen Fleckchens soll die ganze Erscheinung abhängen!

Was die Gründlichkeit der Behandlung betrifft, so besteht sie darin, dass man möglichst früh nach gestellter Diagnose eine energische Quecksilberkur vornimmt, entweder Inunctionen oder Injectionen. Ich theile die Meinung derjenigen, welche die interne Verabreichung des Quecksilbers für ungewisser bezüglich seiner Wirkung halten. Dem Jodkalium kommt in der Frühperiode entschieden nur eine secundäre Bedeutung zu. — Den Inunctionen oder Injectionen kann man die interne Medication folgen lassen, indem man entweder einfache Quecksilberpräparate oder, solche mit Jodkalium combinirt, gibt. Stellen sich wiederum deutliche Symptome ein, so lässt man wieder schmieren oder greift zu den Injectionen. Doch dies gehört mehr zum Kapitel der Syphilisbehandlung im Allgemeinen. Einen Patienten mit florider Syphilis, oder überhaupt mit manifesten Symptomen heirathen zu lassen, falls der Rath des Arztes Gewicht hat, ist criminell. Die Gefahr für die Frau ist dann eine doppelte, sie kann direct inficirt werden, und, wenn sie schwanger wird, ist die Infection, was den Embryo anbetrifft, von doppelter Intensität. So viel steht fest, und das scheint nach alledem der einzige Anhaltspunkt zu sein, die directe Uebertragbarkeit der Syphilis steht im umgekehrten Verhältniss zu der Dauer derselben. Wo es also thunlich ist, so ist gründliche Behandlung und möglich langes Warten auf jeden Fall zu empfehlen.

Ich habe Fälle gesehen, wo der behandelnde Arzt dem Patienten die Heirath früh gestattete, unter der Bedingung, dass der Patient die Behandlung fortsetze, und dass die Frau, ohne es zu wissen, gleichfalls intern mercuriell behandelt würde. Ich brauche wohl kaum zu bemerken, dass das ganz unthunlich ist. Ist dagegen die Ehe gegen den Willen des Arztes eingegangen worden, und ist die Frau schwanger, so kann man, wie Fournier empfiehlt, mit Einwilligung des Mannes, die Frau über den wahren Sachverhalt aufklären und sie einer gründlichen Behandlung unterziehen. Der mütterliche Instinkt, das Kind zu retten, lässt alle Nebengedanken in den Hintergrund treten. — Ueberhaupt ist die Tendenz das Uebel zu verheimlichen von ausserordentlich grossem Nachtheil für die Frau. — Ich möchte darauf hindeuten, dass es durchaus nicht so selten vorkommt, dass syphilitische Frauen gesunde Männer inficiren. Ich beobachtete einen Fall, welcher eine Wittwe betraf, die ein Jahr vor dem Tode ihres Mannes von demselben inficirt wurde. Sie war unter der Behandlung eines tüchtigen Collegen, als sie ohne diesen zu fragen ein Jahr später zum zweiten Mal heirathete. Sie inficirte ihren Mann, der sich mir mit einem ausgesprochenen Lippenschanker zur Behandlung stellte. — Zum Schluss möchte ich noch bemerken, dass Ueberraschungen bei keiner Krankheit so leicht vorkommen, als gerade bei

Syphilis, und dass man desshalb in der Prognose, namentlich bei der Heirathsfrage, nicht vorsichtig genug sein kann.

Dr. L. Heitzmann: Meine Herren! Es existirt wohl kaum ein Thema, über welches so viel diskutirt worden ist und noch so viel diskutirt werden wird, wie über die Frage: Wann dürfen Syphilitische heiraten? Die Frage, dürfen Syphilitische überhaupt heiraten? spitzt sich, wie Dr. Klotz erklärt hat, dahin zu: was sind Syphilitiker? Sind Syphilitiker diejenigen, die je in ihrem Leben einmal Syphilis gehabt haben, dann ist die Frage entschieden mit Ja zu beantworten. Im anderen Fall, wenn es sich um floride Syphilis handelt, mit Nein. Da die Frage so viel diskutirt und im allgemeinen so wenig Einigkeit erzielt wurde, ist es sehr erfreulich, dass wir heute Abend bis jetzt so viel Uebereinstimmung gemerkt haben, und ich kann ebenfalls mit allem, was die beiden Herren Dr. Klotz und Dr. Lustgarten erwähnt haben, übereinstimmen, besonders mit Dr. Lustgarten, was die Dauer der Behandlung anbetrifft, und die Dauer, in welcher Leute frei sein müssen von allen Symptomen, bevor sie heiraten dürfen. Die Frage ist ja eine Frage des einzelnen Falls. Jeder Fall muss genau beurteilt und untersucht werden, bevor die Erlaubniss gegeben oder versagt wird, ob der Betreffende heiraten darf. Wenn der Betreffende zwei Jahre behandelt war und dann weitere ein bis zwei Jahre vollkommen frei von Symptomen gewesen ist und die Untersuchung absolut keine Symptome aufweist, so glaube ich, können wir ziemlich sicher gehen, die Heirat zu erlauben. Es ist ja keine Regel ohne Ausnahme, wir müssen uns aber an die Regel halten, und ich glaube, die Regel wird uns sagen, dass wir ziemlich sicher gehen, die Heirat erlauben zu dürfen.

Dr. E. Fridenberg: Aus den Vorträgen der verschiedenen Herren ist ersichtlich, dass in essentia eine Uebereinstimmung besteht. Sie stimmen alle darin überein, dass mindestens zwei Jahre, vielleicht drei oder vier Jahre voraus gehen sollen, ehe Syphilitische heiraten dürfen. Aus den Fällen von hereditärer Augen- und Ohrensyphilis, die ich beobachtet habe und deren elterliche Anamnese ich aufzunehmen versucht habe, habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass in den allerwenigsten Fällen überhaupt diese Frage bei Patienten angeregt wird. Die meisten Eltern dieser Kinder wussten entweder nicht, dass sie syphilitisch gewesen waren, trotzdem aus der Beschreibung der Therapie ganz genau ersichtlich war, dass die Aerzte die Krankheit erkannt hatten, oder sie waren nie darauf aufmerksam gemacht worden, dass in der Ehe durch die Syphilis ihren Nachkommen grosse Gefahr erwächst. Ich glaube, wir können annehmen, dass von den Männern, die syphilitisch sind, und diese bilden eine viel grössere Zahl als die Frauen, die meisten nicht verheiratet sind oder zur Zeit nicht die Ehe einzugehen gedenken. Wenn man diesen Patienten nicht nur die Gefahr der Syphilis für das Individuum, sondern auch bei etwaiger Verheiratung für die Nachkommen hervorheben würde, so

glaube ich, würden sich gewiss sehr viele Patienten so lange einer richtigen Therapie unterziehen, bis der Arzt selbst sie als geheilt fortschickt, während sie jetzt verschwinden, so wie floride Erscheinungen fort sind.

Dr. S. Pollitzer: Meine Herren! Ich kann mich ebenfalls den Erörterungen des heutigen Abends anschliessen. Die von Fournier vor fast 30 Jahren ausgesprochenen Prinzipien haben auch durch die modernen Autoren, wie Schuster u. s. w. keine wesentliche Veränderung erlitten: der Syphilitische darf heiraten, wenn er erstens nicht gegenwärtig eine floride Syphilis hat; zweitens wenn eine genügende Zeit verflossen ist, wenigstens drei bis vier Jahre nach der Infektion und mindestens zwei bis drei Jahre nach den letzten Erscheinungen; drittens, wenn die Syphilis nicht gerade eine schwere ist oder nicht gewisse Organe betrifft, so z. B. das Zentral-Nervensystem oder die Augen, und endlich viertens wenn er genügend behandelt wurde. Das sind die Prinzipien, die Fournier schon in den siebziger Jahren niedergelegt hat, und dieselben sind auch in der heutigen Diskussion wieder hervorgehoben worden. Immerhin, selbst wenn alle diese Bedingungen erfüllt sind, kann man nicht mit Bestimmtheit sagen, dass der Patient sicherlich ohne schlechte Folgen heiraten darf. Es sind eine Anzahl Fälle beobachtet worden, die beweisen, dass manchmal eine Syphilis selbst nach sehr vielen Jahren verebt wird. Ich kenne einen Mann, der vierzehn Jahre vor seiner Ehe infizirt und gründlich behandelt wurde. Die Ehe wurde ihm gestattet. Das erste Kind wurde vor etwa 8 Jahren geboren und ist bis heute vollkommen gesund geblieben. Bei dem zweiten diagnosticirte ich, als es sechs Wochen alt war, eine Syphilis. Weder Vater noch Mutter zeigten zur Zeit irgend welche luetische Symptome. Andererseits giebt es Fälle, wo der Mann überhaupt nie behandelt wurde, die jedoch von keinerlei schlechtem Erfolg begleitet wurden. Ich sah einen Patienten in letztem Sommer mit einem Syphilis, der überhaupt nicht wusste, dass er inficirt war. Er erinnerte sich allerdings, dass er in seinem 19. Jahre ein kleines Geschwür am Penis hatte, erinnerte sich aber nicht, irgend welcher anderer specifischen Symptome, und wurde nie antiluetisch behandelt. Sein Ausschlag, wegen dessen er zu mir kam, bestand 6 Jahre, seit dem Beginn der Ehe. Sein vier Jahre altes Kind und seine Frau sind vollkommen gesund.

Von weiterem Interesse mag folgender Fall sein: Ein junger Mann wurde kurz vor seiner Ehe inficirt und auch behandelt, hatte aber noch sekundäre Symptome, als er sich verheiratete. Die Frau wurde von ihm inficirt, und eine antiluetische Behandlung wurde bei beiden vorgenommen. Die Frau konzipirte und abortirte im vierten oder fünften Monat. Zwei Jahre später war sie wieder schwanger und brachte ein gesundes Kind zur Welt; zwei Jahre darauf wiederum ein gesundes Kind. Zwischen der Geburt der zwei Kinder hat der Mann eine Knochen-Lues, bestehend in caries der Unterkiefer, durch-

gemacht. Trotzdem haben die Kinder, die gegenwärtig 2 und 4 Jahre alt sind, seither niemals irgend welche Krankheitssymptome gezeigt. Die Frau blieb nach Beseitigung der ersten Symptome ebenfalls gesund.

Schliesslich möchte ich noch eine Beobachtung von Virchow erwähnen, die er letzthin in einer Versammlung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft machte. Er zeigte die Oberschenkel eines syphilitischen Kindes, das einen Zwillingsbruder hatte, bei dem keinerlei luetische Symptome nachzuweisen waren.

Diese vier Fälle zeigen, dass wir trotz aller Vorsichtsmassregeln nicht immer in der Lage sind, eine Garantie nach der einen oder anderen Richtung hin zu leisten.

Wir werden manchmal um Rath gefragt, wie sich die Frau eines syphilitischen Mannes im Falle der Schwangerschaft zu verhalten habe. Ich glaube, dass wir die Frage mit Fournier beantworten können: man soll die Frau nicht behandeln. Dass der Mann syphilitisch ist, ist gar kein Beweis dafür, dass das Kind syphilitisch sein werde. So lange die Frau frei von Symptomen bleibt, soll sie nicht behandelt werden. Falls sie aber ein oder mehrere Male abortirt, syphilitische Kinder gebärt, ist es, selbst wenn sie frei von luetischen Symptomen bleibt, rathsam, sie dann während einer eventuellen Schwangerschaft zu behandeln.

Dr. Lilienthal: Meine Herren! Es ist so viel vom ärztlichen Standpunkt aus gesprochen worden, dass ich nur wiederholen könnte, was schon gesagt worden ist. Ich möchte als Mensch zu Ihnen sprechen. Die paar Syphilitiker, die wir warnen können, nicht zu heiraten, kommen für die grosse Menge gar nicht in Betracht, und wenn wir alle sagen, dass es sehr bedauerlich ist, dass Syphilitische heiraten, so sollten wir Schritte thun, dass der Staat die Sache in die Hand nimmt. Es ist eine ganz kleine Anzahl von Männern, welche den Arzt fragen. Die grösste Zahl von Syphilitikern lassen sich vom Arzt behandeln, bis die oberflächlichen Symptome verschwunden sind. Sie sagen: Ich habe keine Schmerzen mehr, und lassen Gott einen guten Mann sein. Was aus der Menschheit wird, kümmert sie gar nicht. Wie bedenklich das ist, solche Menschen heiraten zu lassen, unsere Menschheit degeneriren zu lassen, sehen wir täglich. Und wenn wir auch von dem Kollegen gehört haben, das erste Kind wurde abortirt, das zweite war ganz gesund, ja wer bürgt uns dafür, was später kommt. Wie viel Kranke haben wir herumlaufen, die von einem syphilitischen Vater kommen. Die Frage sollte von einem höheren Standpunkt aus betrachtet werden, als von unserer Office aus, und so gut, wie die ärztliche Welt anfängt, die Schwindsüchtigen zu warnen, nicht auf die Strasse zu speien, sondern in einen alten Lappen zu spucken und zu Hause den Auswurf zu verbrennen, und wie Sanitätsbeamten jedem einzelnen Arzte Mittheilung schicken, wie er die schwindsüchtigen Kranken instruiren soll, so sollte es auch mit syphili-

tischen Kranken geschehen. Wie wir jeden Scharlachfall anzeigen, so sollten wir auch jeden syphilitischen Fall anzeigen. Der Betreffende sollte in Beobachtung bleiben und ihm das Heiraten nicht gestattet werden. Es wäre besser für das Allgemeinwohl, wenn die Syphilitiker aussterben würden, ohne dem Staate eine degenrirte Nachkommenschaft aufgebürdet zu haben. Ich möchte Sie daher ersuchen, diese Frage nicht blos vom engeren ärztlichen Standpunkte aus zu betrachten.

Dr. Geo. W. Jacoby: Es herrscht eine so merkwürdige Uebereinstimmung in der Gesellschaft, dass ich mich veranlasst fühle, einige Worte zu sagen, gerade weil ich anderer Meinung bin als die Herren, die bis jetzt gesprochen haben. Natürlich, so lange die Besprechung der rein sozialen Seite vorliegt, nicht der moralischen, haben die Herren, die vorhin gesprochen haben, vollständig recht. So lange es sich nur um Uebertragung der Syphilis auf Frau und Kinder handelt, ist die Sache mit vier oder fünf Jahren Quarantäne abgethan. Wenn Sie aber bedenken, was für Folgen, und wir Neurologen sehen diese Folgen, für den Patienten selbst in späteren Jahren und durch den Patienten indirekt für seine Familie erstehen, dass er die Familie nicht ernähren kann, dass Frau und Kinder in die grösste Armut und das grösste Elend gestürzt werden durch Krankheiten, die direkt syphilitisch sind und im besten Mannesalter entstehen, speziell Paralyse und Tabes, so werden Sie nicht so schnell urteilen und sagen, wenn der betreffende Syphilitiker fünf Jahre gewartet hat, soll er heiraten. Die Sache liegt anders. Wir müssen uns hier der Statistik der Neurologen doch etwas unterwerfen. Wenn wir bedenken, dass im Staate New York unter 6,500,000 Einwohnern ungefähr ein Paralytiker auf 3,000 Einwohner kommt, wenn wir bedenken, dass unter den Paralytikern ungefähr 75 Prozent syphilitischen Ursprungs sind, so handelt es sich doch nicht um eine kleine Sache. Wenn wir bedenken, dass nach den neuesten Untersuchungen von Erb es sich bei den Tabikern um 90 Prozent syphilitische Infektion handelt, so stehen wir doch vor einem Problem, das beachtenswerth ist. Sie werden mir sagen: Ja, wir wissen nicht, wie viel Syphilitiker schliesslich paralytisch oder tabisch werden. Das ist richtig, aber Erb hat doch zum Teil die Frage beantwortet, indem er zeigt, dass unter sechstausend nicht tabischen Männern blos 12 Prozent syphilitisch sind. Also, meine Herren, ich will nicht sagen, der Syphilitische darf überhaupt nicht heiraten, aber ich glaube doch, dass es für das Wohl der Familie und den Patienten selbst besser wäre, wenn er nicht heiraten würde, und ich glaube nicht, dass es richtig ist, wenn man sagt, der Syphilitiker darf nach fünf bis sechs Jahren heiraten. Es muss sich immer um eine individuelle Sache handeln und immer in jedem Einzelfall um eine Frage, die wir absolut nicht entscheiden können.

Dr. W. Hirsch: Ich möchte mir erlauben, noch auf einen Punkt hinzuweisen, der noch keine genügende Berücksichtigung gefunden

hat. Die Frage, wann sollen Syphilitische heiraten, wird ja nicht immer in der Weise an den Arzt gerichtet, dass sie mit einem kategorischen Ja oder Nein beantwortet werden kann, sondern wir kommen häufig in die Lage, dass wir den betreffenden um Rat Suchenden auf alle eventuellen Folgen aufmerksam zu machen haben und es ihm dann überlassen müssen, ob er dieselben berücksichtigen will oder nicht. Wie Dr. Jacoby bereits ausgeführt hat, gibt es eine ganze Reihe von Folgezuständen der Syphilis, welche sich nicht auf die akute Infectionsfähigkeit des Kranken beziehen, sondern die im späteren Leben, nachdem die ursprüngliche Krankheit längst in Vergessenheit geraten ist, über den Betreffenden hereinbrechen. Ferner — und dies ist ein durchaus nicht zu unterschätzender Punkt bei der Heiratsfrage — müssen wir stets im Auge behalten, dass die Chancen der Syphilitiker, eine gesunde Nachkommenschaft zu zeugen, immer verringert sind, selbst da, wo eine Infectionsfähigkeit ausgeschlossen und hereditäre Syphilis nicht zu befürchten ist. Die gegenwärtig so viel besprochene und gefürchtete Degeneration verdankt ihr Vorhandensein in erster Linie zwei grossen etiologischen Momenten, und zwar dem Alkoholismus und der Syphilis. Ein Syphilitker besitzt stets eine erhöhte Vulnerabilität des Nervensystems. Ein Syphilitischer, selbst wenn er von der Infectionskrankheit geheilt ist, ist prädisponirt zu den verschiedenartigsten Nervenkrankheiten, und diese Minderwerthigkeit des Nervensystems bezieht sich nicht nur auf die eigene Person, sondern auch auf die Nachkommenschaft. Epileptiker, Idioten, sowie Entartete im höheren Sinn haben in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle Potatoren oder Syphilitische in der Ascendenz aufzuweisen. Diese Punkte sollten wohl im Auge behalten werden, wenn wir in die Lage kommen, jemanden zu rathen, ob er bei stattgehabter Lues heirathen solle oder nicht. Ich glaube, dass wenn es uns gelingt durch unseren Rath die Heiraten Syphilitischer möglichst einzuschränken, wir der Menschheit im allgemeinen einen grossen Dienst erweisen.

Dr. Klotz (Schlusswort): Im Ganzen ist wenig vorgebracht worden, was eine eigentliche Erwiderung nötig machte. Was zunächst die Frage betrifft, die Dr. Mittendorf aufgeworfen hat, ob hereditär Syphilitische heiraten dürfen, so verhält sich, so viel mir im Augenblick bekannt ist, die Wissenschaft gegenüber dem Vorkommen der hereditären Sphilis in der dritten Generation doch sehr skeptisch. Es sind einzelne Fälle von Aerzten veröffentlicht worden, aber es ist schwer, einen direkten Nachweis zu liefern und alle Möglichkeiten späterer Infection auszuschliessen. Im allgemeinen möchte ich sagen, dass von dem wirklich hereditär syphilitisch erkrankten Kindern ein grosser Teil nicht das heiratsfähige Alter erreicht. Wenn aber ein hereditär syphilitischer Mensch im heiratsfähigen Alter gesund und kräftig ist, so wüsste ich keinen Grund, warum er nicht heiraten sollte.

Gelegentlich der Beobachtung Dr. Pollitzer's, betreffend das zweite Kind des syphil. Vaters, das 6 Wochen alt, mit frischer Syphilis zu

ihm gebracht wurde, so möchte ich im Allgemeinen daran erinnern, dass man auch an die intra partum erworbene Syphilis denken muss.

Herrn Dr. Lilienthal möchte ich antworten, was die Degeneration anbelangt, dass wir die Einwirkung der Syphilis seit 400 Jahren eigentlich ganz gut vertragen haben. Wenn die Degeneration sich jetzt erst geltend macht, so ist es recht spät, und ich möchte dieselbe nicht allein vorwiegend auf Rechnung der Syphilis setzen. Was die staatliche Abhilfe betrifft, so ist diese bei der grossen Verbreitung der Krankheit kaum durchzuführen; eine Insel auf der man alle Syphilitischen isoliren könnte, ist nicht mehr frei, selbst ein Continent würde kaum gross genug sein. Wenn wir die Syphilis von Staatswegen ausrotten wollten, dann wüsste ich kein anderes Mittel, als jeden Syphilitischen in's Wasser zu werfen, wo es am tiefsten ist.

Dr. Jacoby möchte ich sagen, dass ich glaubte der Stellung der Neurologie genügend Rechnung getragen zu haben, obwohl sich gegen die Erb'sche Statistik, namentlich gegen die frühere, manches einwenden lässt. Dass viele Familien in traurige Verhältnisse gerathen in Folge durch Syphilis verursachter Nervenkrankheiten der Väter, ist nicht zu leugnen, aber es gibt eben so viele Familien, die den Vater durch Pneumonie, Nierenkrankheit, Schwindsucht und andere Krankheiten, die mit Syphilis nichts zu thun haben, verlieren; von diesen sehen und hören die Neurologen nichts. Ich glaube nicht, dass da schliesslich die Rolle der Syphilis gar so gross ist.

Ich möchte noch zum Schluss sagen, dass ich für meine Person auch im Allgemeinen auf dem Standpunkt der anderen Herren betreffs der Dauer der Behandlung stehe. In einem Punkt stimme ich nicht ganz mit ihnen überein, das ist die pränuptiale Behandlung. Es scheint mir nothwendig, dass der Patient selbst Vertrauen habe, dass er frei von der Krankheit ist, das kann er nur, wenn er sieht, dass auch ohne Behandlung keine Symptome auftreten. So wird er natürlich sich sagen: Ja, wenn du nicht geschmiert hättest, so hättest du doch etwas gekriegt. Dies ist auch ein Nachtheil der allzu lang ausgedehnten Behandlung. Dies Selbstvertrauen ist ein wichtiger Punkt, der nicht ganz übersehen werden sollte.

Präs. Dr. Willy Meyer: Zu neuen Mitgliedern sind vorgeschlagen: Max Rosenberg, Ludwig Cohn, F. Reinthaler.

Schluss und Vertagung.

17 West 43. Strasse. — Montag, 4. Mai 1896. — Präsident: DR. WILLY MEYER.

1. DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN

Dr. Percy Fridenberg: EINIGE ZEICHNUNGEN INTERESSANTER AUGENSPIEGELBEFUNDE.

Meine Herren! Die Zeichnungen, welche ich Ihnen mit einigen Worten vorlegen möchte, zeigen einerseits Erscheinungen im Augenhintergrund nach Verletzung desselben, woraus wir ersehen, welch ausgedehnte Wirkung selbst leichte Verletzungen haben können, und andererseits Erscheinungen, aus denen wir ersehen, dass Körper, die ins Auge eindringen, nicht immer zu grossen Veränderungen führen müssen.

Demonstration der einzelnen Zeichnungen.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Frau Dr. S. Welt stellt Kind mit Mikrocephalus vor.

Meine Herren! Es handelt sich hier, wie Sie leicht erkennen können, um ausgesprochenen Mikrocephalus. Das Kind hat ausserdem eine papulöse Eruption an den Genitalien und eine Dactylitis. Beide Eltern sind gesund. Sie sind Geschwisterkinder. Die Mutter ist seit fünf Jahren verheiratet. Ein Kind, das vier Jahr alt ist, lebt und ist ganz gesund. Die Mutter machte einen Abort im dritten Monat durch. Dieses kleine Mädchen wurde am Ende einer normalen Schwangerschaftsperiode geboren. Die Geburt war ausserordentlich leicht und rasch. Bevor der Arzt kam, war das Kind da. Nach Angabe der Mutter litt das Kind an Koryza in den ersten Wochen. Es ist auch vielleicht von Interesse, dass, als das Kind 14 Tage alt war, leichte Krämpfe bestanden. Sonst ist das Kind immer vollkommen gesund gewesen. Fünf Monate wurde es an der Brust genährt, dann mit kondensirter Milch, und wurde eben wegen leichter Verdauungsstörungen auf die Abteilung des Mt. Sinai Dispensary gebracht. Bei dieser Gelegenheit bemerkte ich die Eruptionen. Was nun die Intelligenz des Kindes betrifft, so ist sie dem Alter entsprechend. Das Kind ist freundlich, erkennt seine Mutter und glänzende Gegenstände; der Augenhintergrund ist vollständig normal. Es scheint auch zu riechen. Die Maase des Kopfes sind folgende:

Der fronto-occipitale Durchmesser (11¾) misst 10 cm.
Der biparietale Durchmesser (9¼) misst 7½ cm.
Der bitemporale Durchmesser (8) misst 8 cm.
Der mento occipitale Durchmesser (13½) misst 14 cm.
Der subocipito bregmaticus Durcm. (9½) misst 8¾ cm.
Der grösste Kopfumfang (34½) misst 32½ cm.

Die Zahlen in Klammern geben die Durchschnittsmaase für den Schädel des Neugeborenen nach Schroeder an.

Dr. Goldenberg: Ich möchte fragen ob das Kind syphilitisch ist.

Frau Dr. S. Welt: Es wurde von Dr. Lustgarten für syphilitisch erklärt und daher Quecksilber angewandt. Das Kind verträgt Quecksilber sehr gut, und sein Befinden hat sich unter dem Gebrauch desselben bedeutend gebessert.

Dr. Heimann stellt ein Kind mit kongenitaler Recto-Vaginal-Fistel vor.

Dr. Heimann erklärt auf die Anfrage von Dr. Lange, dass man vom Anus aus mit dem Finger direkt in's Rektum hinein kommen kann.

Dr. Lange: Ich glaube, dass der Fall operativer Behandlung durchaus zugänglich ist.

Dr. Heimann: Darf ich fragen, wie oft solche Fälle von Kollegen, die viele Kinder sehen, beobachtet wurden.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ich glaube, dass der Fall ausserordentlich selten ist.

DEMONSTRATION VON WEITEREN PRAEPARATEN.

Dr. G. M. Edebohls (Präparat von Inversio appendicis vorstellend): Seit beinahe anderthalb Jahren habe ich bei Fällen von chronischer Appendicitis, die ich die Gelegenheit hatte zu operiren, den Appendix in den weitaus meisten Fällen total invertirt, d. i. in das Lumen des Darmkanals eingestülpt. Auf diesem Wege habe ich zu vermeiden gesucht, den Darm bei der Operation zu öffnen, wodurch die Gefahr der Appendix-Operation etwas vermindert erscheint; dann habe ich versucht, keinen Stumpf, entweder frei im Carvum peritoneale oder auch begraben in der Wandung des Darmkanals im Abdomen zurückzulassen. Ich habe diese Methode der Inversion auch weiter ausgedehnt auf normale Appendices, und wo immer ich nothwendig fand, bei einer Koeliotomie wegen anderweitiger Indicaton das Abdomen so weit zu öffnen, dass man leicht an den Appendix geraten konnte, ohne die Incision des Appendix wegen zu verlängern, habe ich den normalen Appendix auch eingestülpt, dadurch mir denkend, dass die Möglichkeit einer ferneren Appendicitis absolut beseitigt sei. Ich habe innerhalb anderthalb Jahren in zehn bis zwölf Fällen von chronischer Appendicitis den nicht eröffneten Appendix invertirt und vielleich zwanzig mal den normalen Appendix eingestülpt. Ich habe aber bis jetzt nie Gelegenheit gehabt zu sehen, was aus diesen eingestülptem Appendix wird. A priori dachte ich mir, dass er nekrotisirt und mit den Darminhalt durch den Anus in die Welt befördert würde. Das ist um so wahrscheinlicher, als ich vor der Inversion das Mesoappendix abbinde, und so die kleine Arterie, welche den Appendix versorgt, ausschalte. Ich hatte erst in der allerjüngsten Zeit, vor ungefähr drei Wochen, Gelegenheit zu sehen, was aus diesem

invertirtem Appendix wird. Eine Patientin, bei der ich die Hysteromyomektomie machte und bei der Gelegenheit den normalen Appendix invertirte, starb 13 Tage nach der Operation an phthisischer Perforation der rechten Lunge, mit akutem Pneumothorax und Kollaps. Die Autopsie zeigte, dass keine Wundkomplikation, keine Peritonitis vorhanden war, und förderte das vorgelegte Präparat, das caput coli mit invertirtem Appendix, zu Tage. Vor der Inversion war der Appendix über drei Zoll lang. Das Präparat zeigt den Appendix, wie ich denselben bei der Sektion fand, 13 Tage nach der Operation. Zwei Drittel des Appendix sind wegnekrotisirt, das andere Drittel verblieb. Man konnte im frischen Zustand noch ganz schön eine zarte linea demarcationis erkennen. Der Appendix ist schön verheilt an seinem freien Ende, und die peritoneale Seite des coecum zeigt, wie glatt die Intestinalwand nach dieser Operation bleibt.

Diskussion.

Dr. F. Lange: Ich halte diese Frage des invertirten Appendix interessant, zunächst mit Bezug auf chronische Erkrankung. Ich muss gestehen, dass ich mir, wenigstens nach Massgabe der Fälle von chronischer Appendicitis, die ich operirt habe, eine solche Operation als sehr schwierig, und in den meisten Fällen als unmöglich vorstelle. Es handelt sich da um nicht unerhebliche Verdickung der Wand und Strikturen; ich kann mir nicht recht vorstellen, wie es möglich sein soll, einen solchen Appendix über die Striktur hinaus zu invertiren. Es würde doch die Notwendigkeit vorliegen, dass derselbe durch die verengte Wand hindurch gepresst würde, und es möchte wohl die Frage gerechtfertigt sein, worauf Dr. Edebohls in diesen Fällen, in welchen er das Innere des Appendix nicht übersehen konnte, die Erkrankung des Appendix basirte.

Des weiteren möchte ich sagen, erscheint mir die Inversion eines gesunden Appendix ein nicht ganz berechtigtes Experiment. Schon der Umstand, dass also Nekrose stattfindet, wie nach diesem Präparat plausibel ist und für die Mehrzahl der Fälle wahrscheinlich sein würde, lässt es doch etwas bedenklich erscheinen. Soll man die Kranken ohne Not den Gefahren aussetzen, die sich an die Nekrotisirung des Darmgewebes anschliessen? Immerhin ist doch die Möglichkeit vorhanden, dass von da aus die Infektion sich weiter verbreitet. Unter Umständen kann dadurch Peritonitis erzeugt werden. Ich glaube nicht, dass das eine gesunde Idee ist, und möchte die Operation bei dem gesunden Appendix für überflüssig halten. Bei der Mehrzahl der chronisch erkrankten Fälle halte ich sie nach dem, was ich davon gesehen habe, für unmöglich.

Dr. Willy Meyer: Ich möchte sagen, dass a priori das Einstülpen des Stumpfes des Appendix jedenfalls das am meisten chirurgische Vorgehen ist, welches man bei der Operation der Appendicitis ausführen kann. Man stülpt den Appendix ein und näht Serosa an

Serosa. Aber ob das in der grösseren Mehrzahl der Fälle möglich ist, und ob es immer gefahrlos für den Patienten zu thun ist, möchte ich für einen gewissen Prozentsatz sehr bezweifeln. Ich entsinne mich eines Falles, wo der erkrankte Appendix voller dünner Faeces war; er war circa 2½ Zoll lang und von seinem Ursprung bis an die Spitze mit ganz dünnen Faeces gefüllt. Hätte ich mir vorgenommen, diesen Appendix abzuschneiden, und dann, wie es von Dr. Edebohls vorgeschlagen, denselben einzustülpen, ich glaube, es wäre sehr leicht zu einer Infektion der Bauchhöhle gekommen, hätte jedenfalls leicht dazu kommen können. Die Hauptfrage ist die: Schaden wir damit, wenn wir weiter fortfahren, den Appendixstumpf abzubinden und in der Bauchhöhle lassen, wie wir es bis jetzt gethan haben? In einer sehr grossen Anzahl von Fällen, die ich wegen Appendicitis operirte, habe ich es noch nicht ein einziges Mal zu bedauern gehabt, den Stumpf nach alter Weise zu behandeln. Ich weiss von Experimenten, die gemacht worden sind, um diese Frage ein für allemal zu erledigen: Wird bei dem Abbinden des Appendix auch die Schleimhaut mit eingeschnitten; mit anderen Worten: Bindet man Schleimhaut an Schleimhaut? Das ist doch der Hauptvorwurf, welcher der gewöhnlichen Stumpfbehandlung gemacht wird. Ich weiss, dass Experimente in der Weise angestellt wurden, dass man in der Mitte abband und das Präparat in das Laboratorium schickte. Man fand, dass der Faden die Schleimhaut einfach durchschnitt, die Schleimhaut zurückwich und nun definitiv Muskularis der Muskularis gegenüberlag. Wenn das der Fall ist, so ist der Hauptvorwurf, der von Dr. Dawbarn und Dr. Edebohls gegen diese Behandlung gemacht wird, hinfällig.

Dr. Edebohls: Was die erste Anfrage von Dr. Lange betrifft, auf welchen Erscheinungen die Diagnose "Appendicitis chronica" bei diesen Fällen beruht, so führt uns dieselbe auf etwas elementaren Boden. Ich diagnosticire eine chronische Appendicitis, abgesehen von den Erscheinungen, die Dr. Lange uns eben präzisirt hat; Striktur. Atrophie etc., auch bei Verdickung, gleichmässig oder ungleichmässig, des Appendix durch entzündliche Infiltration der Wand, chronische Hyperämie, peritonealen Verwachsungen des Appendix, je nach Stadium, Alter und Form der Appendicitis. In Fällen, wo keine Striktur vorhanden ist und gleichmässige Infiltration, lässt sich der Appendix leicht invertiren. Haben wir Striktur, so lässt er sich nicht immer invertiren, manchmal jedoch lassen sich auch Strikturen leicht so weit ausdehnen, dass der intakte Appendix invertirt werden kann. Bei atrophischem Appendix wird der Versuch einfach nicht gemacht. Bei normalem Appendix geschieht die Inversion einfach und nur wenn das Abdomen wegen sonstiger Indikation eröffnet werden muss, um die Patienten ohne vergrössertes Risiko für dieselben gegen die Gefahr einer zukünftigen Appendicitis zu schützen. Liegt ein Appendix mit Striktur vor, der sich nicht auf diese Weise ganz einstülpen lässt,

so schneide man einfach den Appendix hinter der Striktur ab und invertire den Stumpf.

Was die zweite Frage des Herrn Dr. Lange betrifft, so legt er meiner Ansicht nach zu grosses Gewicht auf Nekroticirung des Appendix im Darmlumen. Diese ist meiner Ansicht nach eher wünschenswert, da in dieser Weise der Appendix mehr oder weniger einfach wegfällt und mit dem Kot abgeht. Dass die Nekrose des Appendix bei Inversion sich möglicherweise auf die Wand des caput coli ausdehnen wird, ist sehr unwahrscheinlich, da der Appendix von der Colonwandung mit ernährt wird. Uebrigens spricht das vorgelegte Präparat entschieden gegen solche Wahrscheinlichkeit.

Dass es sich um ein Experiment handelt, will ich nicht leugnen, aber Experimente sind im Anfang alle chirurgische Versuche, die man macht. Wenn man aber diese Versuche nicht machen darf, dann ist der Fortschritt einfach gehemmt. Ich glaube, dass, wenn anwendbar, Inversion des ganzen wenn möglich, wenn nicht, des amputirten Appendix die beste Methode ist, die Appendicitis zu behandeln. Ich habe bis jetzt noch keine Gelegenheit gehabt, meine Versuche in dieser Richtung zu bereuen. Ich habe eine ganze Anzahl Appendices, wenigstens 30,chronisch entzündete und normale, innerhalb 1½ Jahren, und zwar ohne Unfall, invertirt. Aber ich habe bei keinem Gelegenheit gehabt, die Sektion zu bekommen; dies ist der erste Fall, der gestorben ist, und zwar an etwas, das gar keinen Zusammenhang mit Appendicitis hatte. Ich habe aber andererseits Gelegenheit gehabt, später zu bereuen, bei einer sehr schwachen Patientin, bei der ich vor Jahresfrist eine Totalstirpation des myomatösen Uterus machte, dass ich den Appendix nicht invertirte, denn diese Patientin liegt jetzt Jahre an akuter Appendicitis krank darnieder. Diese Appendicitis hätte ich ihr durch Inversion des Appendix, bei Gelegenheit der Hysterectomie, ersparen können.

Dr. Vineberg: Das Präparat eines Sarkoms des Uterus bei einer gravida vorstellend, liest Krankengeschichte und Operation vor.

Dr. Edebohls: Ich möchte mir die Frage erlauben, ob dieses Sarkom vollständig entfernt werden konnte.

Wenn es möglich ist, das neoplasma malignum uteri vollständig zu entfernen, so sollte man sich mit dem Kaiserschnitt begnügen und den Uterus wieder schliessen, statt denselben abzutragen. Das Risiko für die Frau ist bei letzterer Operation bedeutend grösser, ohne dass sie dadurch für die Zukunft gegen ein Rezidiv des Neoplasma gesichert ist.

Dr. Vineberg: Ich kann mit Dr. Edebohls nicht übereinstimmen. Die Frau ging gewiss zu Grunde, wenn man die Gebärmutter zurückgelassen hätte, aber ich glaube, jetzt hat sie eine Chance zu leben.

Dr. Willy Meyer: Meine Herren! Am 10. April starb unser langjähriges Mitglied, Dr. Hermann Loewenthal an chronischer Pyaemie. Er war eines der ersten Mitglieder unseres Vereins aus alter

Zeit, hatte eine grosse Familienpraxis in der Stadt und sich stets grossen Zuspruchs und Vertrauens im Publikum zu erfreuen. Ich bitte Sie, sich zum Andenken des Verstorbenen von Ihren Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

Vom 27. bis 30. Mai feiert die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie in Berlin ihr 25-jähriges Stiftungsfest. Der Verwaltungsrat hat auf Antrag von Dr. Lange beschlossen, zu diesem Fest ein Glückwunschtelegramm nach Berlin zu senden. Die Herren, die mit diesem Beschluss des Verwaltungsrats einverstanden sind, bitte ich „Ja" zu sagen. (Geschieht.)

Der Beschluss des Verwaltungsrats ist genehmigt.

Therapeutische Notizen.

— Dr. H. Naegeli-Ackerblom in Rüthi empfiehlt ("Allgem. med. Central-Ztg.", 1896, No. 64) folgende medicamentöse Behandlung der Hämorrhoiden, die er zuerst auf der Baseler Poliklinik auf Prof. Massini's Rath an einer 65jähr. Pat. durchgeführt hat. Er begnügte sich damit, die Hämorrhoidalknoten mit Calomel bepudern zu lassen und für flüssigen Stuhlgang zu sorgen. Innerhalb 10 Tagen gingen die Hämorrhoidalknoten zurück und auch die inneren Knoten verschwanden bei Anwendung einer 10-prozentigen Vaselincalomelsalbe vollständig. Seitdem hatte N. Gelegenheit, in einer Reihe von Fällen dieselbe Therapie anzuwenden und brauchte auch bei groben, prall gespannten Hämorrhoiden nie eine Operation vorzunehmen. Ein grosser Vortheil der Calomelsalbe besteht ausserdem darin, dass in den meisten Fällen der Pruritus vollständig verschwindet. Die Wirkung des Calomels auf Hämorrhoidenknoten und Rectalschleimhaut ist offenbar eine ätzende, zurückzuführen auf die Bildung von Sublimat, ein Umstand, der natürlich auch bei Gechwürsbildung von Wichtigkeit ist. In der Praxis aurea wird man natürlich für innere Hämorrhoiden Calomelsuppositorien oder -rectalbougies anwenden können. Auch wäre es vortheilhaft, die Hantelpessarien etc. mit Calomelsalbe zu bestreichen.

— Als Enthaarungsmittel empfiehlt Butte Jodcollodium:

Rp.	Tinct. jodi	3.0
	Ol. Terebinth.	6.0
	Ol. Ricini	8.0
	Spirit.	48.0
	Collod.	100.0

Die betreffenden Stellen werden 3—4 Tage hintereinander mit dieser Lösung dick bestrichen. Nach der Abnahme der Collodiumschicht sitzen sämmtliche Haare an der inneren Seite derselben fest.

— Gestützt auf eine 2jährige Erfahrung über den Einfluss der Somatose auf die Secretion der Brustdrüsen bei stillenden Frauen, die Drews („Centralbl. f. inn. Med.", 1896, No. 23) an 25 einschlägigen Fällen gemacht hat, glaubt er, der Somatose geradezu eine specifische Wirkung auf die Brustdrüsen von stillenden Frauen zuschreiben zu können. „Sie erzeugt eine reichliche Secretion der Muttermilch und bringt die beim Stillen auftretenden Beschwerden rasch zum Verschwinden." Demgemäss empfiehlt D. die Somatose in allen Fällen, wo die Secretion der Muttermilch sich nicht in ausreichender Weise einstellen will oder wo dieselbe schon in früher Zeit des Stillens aus irgend einer Ursache zu versiegen droht. Die Dosis beträgt 3—4mal täglich einen Theelöffel in einer Tasse warmer

Milch oder Suppe, Cacao etc. Die Somatose wird wegen ihrer fast vollständigen Geschmacklosigkeit stets sehr gern und auch für lange Zeit genommen.

— Es liegt nunmehr eine Mittheilung aus der Heidelberger Universitätsaugenklinik über den Werth des Eucain in der Augenheilkunde vor. Dr. R. Vollert („Münch. med. Woch.“, 1896, No. 22) berichtet zunächst über die Versuche, das Eucainum hydrochloricum zur Anästhesirung bei Operationen zu verwenden, wobei es, wie das Cocain, in 5-proz. Lösung zur Anwendung kam. In dieser Beziehung leistete das Eucain in der That dasselbe, wie das Cocain, aber der Umstand, dass die Einträuflung des Cocains zuweilen ein lästiges Brennen hervorruft, kommt dem Eucain in bedeutend höherem Grade zu und ist hier von längerer Dauer (1—2 Minuten). Man könnte, sagt V., diese wenige erfreulichen Erscheinungen in Anbetracht der thatsächlich dem Cocain gleichkommenden Anästhesie mit in Kauf nehmen, wenn sie durch andere Vorzüge aufgewogen würden, und wenn nicht jede neue Instillation erneute Reizung und Schmerzen hervorbrächte, so dass bei Operationen, die eine Eröffnung des Bulbus erheischen, das Pressen und Drücken seitens der Patienten Gefahren mancherlei Art mit sich bringen muss, und wenn nicht ganz auffallender Weise auch das andere Auge, obgleich in geringerem Masse und nicht in allen Fällen, an der Reizung Theil nähme. Selbst bei 1-prozentiger Lösung ist der Schmerz gleich heftig und individuell nicht allzuverschieden. Auch die Angabe, das das Eucain weder eine Dilatation der Pupille, noch eine Accommodationsparese bewirke, hat sich nicht als richtig erwiesen. Vielmehr wurden, wenn ungefähr das Quantum eingeträufelt wurde, das eine Iridectomie oder eine Cataractoperation erfordert, mit dem Pupillometer Werthe von 2 bis 3 Mm. Differenz gemessen. In gleicher Weise wurde die Accommodation alterirt. Wie das Cocain durch Verminderung des Lidschlages eine Austrocknung des Hornhautepithels herbeiführen kann, beraubt auch das Eucain die Cornea und besonders die Bindehaut der schützenden Decke, so dass bei länger andauernden Thierversuchen das Epithel beinahe in toto von seiner Unterlage abgehoben werden kann. Gegenüber dem Cocain ist diese destruirende Einwirkung des Eucain auf das Epithel der Hornhaut und Conjunctiva eine enorme. Danach glaubt V., dass das Eucain kaum eine Indication zur Anwendung in der Augenheilkunde finden werde.

— Bei Schweissfüssen empfiehlt Orth (Berl. Klin. W.) Formol. Man lasse Morgens und in schweren Fällen auch Abends die Füsse mit einem in die Formollösung (1 Esslöffel auf 1 Liter Wasser) getauchten Schwamm oder Tuch tüchtig abreiben, besonders zwischen den Zehen.

— Die Einverleibung der Arsenverbindungen per Rectum empfiehlt Vinay (Lyon méd. 1896). Er injizirt von einer Lösung Sol. Fowleri 4.0, Aq. dest. ad 60.0, 2—3 Mal täglich 5 cm.

—Calciumsulfohydrat als Depilatorium. Brayton empfiehlt das zum Gebrauch stets frisch darzustellende Ca H_2 S_2 (durch Einleiten von H_2 S in gutgelöschtem Kalk bis zur Sättigung desselben mit Gas) als sicher und prompt wirkend, die Anwendung soll etwa in dreiwöchentlichen Pausen wiederholt werden.

— Behandlung von Brandwunden. Poggi fand, dass durch Zusatz von ein paar Theelöffel voll Kal. nitr. zu dem Badewasser, die Schmerzen bei Verbrennungen sehr bald sistiren. Der Zusatz muss nach einiger Zeit wiederholt werden. Vergely wendete mit Vortheil eine Paste von mit Wasser angemachter calcinirter Magnesia an, die auf der Wunde eintrocknet und erneuert wird, sobald sie sich ablöst.

— Colleville (Reims) empfiehlt zur Localnästhesie und als Ersatzmittel des Morphins Injectionen mit einer Mischung von Guajacol und Chloroform. Die Formel dieser Mischung ist:

Chloroformii	10.0
Guajacoli	6.0

Sie muss an einem trockenen Orte und vor Licht geschützt, am besten mit einem violetten Papier umhüllt, aufbewahrt werden. Die zu injicirende Dosis schwankt zwischen 15 und 60 Tropfen, je nach dem Alter und der Schmerzintensität; meist empfiehlt sich die Injection von 30 Tropfen, etwa die Hälfte einer Pravaz'schen Spritze. Die Injection erfolgt nach vorangegangener Reinigung, indem man zuerst die Nadel allein einsticht, um sich zu überzeugen, dass man kein Gefäss getroffen habe; erst dann wird die Spritze aufgesetzt. Die Einstpritzung verursacht ein leichtes Brennen, welches meist nach 2—3 Minuten verschwindet; bei intramusculärer Injection schwindet es rascher als bei subcutaner. Massage nach der Injection ist nicht zu empfehlen. Der Ort der Injection ist möglichst nahe dem erkrankten Nerven oder der erkrankten Stelle zu wählen. Versuche mit Injectionen einer Mischung von Guajacol und Cocain haben zu keinem Resultate geführt.

— Bei Versuchen, gonorrhoische Condylome mittelst Aetzmittel zu entfernen, gelangte Laubenburg („Münch. med. Woch.", 1896, No. 21) dazu, Acidum nitricum fumans in Combinirung mit Acidum carbolicum purum liquefactum zur Aetzung zu verwenden. Diese Methode erwies sich nicht blos bei Condylomen, sondern auch bei Erosionen am Muttermunde, bei Angiomen und Muttermälern der Neugeborenen sehr vortheilhaft; sie dürfte auch bei papillomartigen Wucherungen, bei Warzen, bei hartnäckigen Geschwüren, jauchenden Carcinomen etc. mit Nutzen zur Anwendung gelangen. Die Technik ist sehr einfach; die Erosionen, Angiome etc. werden zunächst mit einer warmen, ½-prozentigen Lysollösung vom anhaftenden Schleim, Epithel etc. befreit, dann mit einem in rauchender Salpetersäure getauchten Playfairoxalatstäbchen ausgiebig bestrichen und schnell, bevor noch die Salpetersäure ihre Wirkung entfalten kann, mit einem zweiten in reine Carbolsäure getauchten Stäbchen betupft. Grössere Mengen von rauchender Salpetersäure und

concentrirter Carbolsäure dürfen wegen der Explosionsgefahr nicht zusammengebracht werden. Als dankbarste Anwendung des Aetzverfahrens erscheint die Behandlung der Angiome der Neugeborenen, eine oder zwei Aetzungen genügen für die flächenartigen Formen jeder Grösse. Die Nachbehandlung erfolgt durch Aufstreuen eines antiseptischen Pulvers (Jodoformtannin, Dermatoltannin, Bortannin) und Wattaverband; wenn ein Bindenverband nicht möglich ist, genügt die Befestigung der Watta mit Heftpflaster oder Bestreichen mit Collodium.

Allerlei.

— Zur Hygiene der Badeanstalten. Das Baden in geschlossenen Bassins kann, wenn das Wasser derselben nicht oft genug erneuert wird, schwere Schädigungen an der Gesundheit nach sich ziehen. In einem Vortrage des Professors Baginsky in Berlin wurde mitgetheilt, dass von ihm in sieben geschlossenen Schwimmbassins Berlins vorgenommene eingehende Untersuchungen recht eigenthümliche Ergebnisse zu Tage förderten. Veranlasst wurden diese Untersuchungen durch gleichzeitig aufgetretene Erkrankungen von Kindern und Jünglingen, welche augenscheinlich nach dem ersten Besuch von Schwimmbassins eingetreten waren und deren Diagnose nicht leicht war. Zu fieberhaften Darmerkrankungen gesellten sich heftige Entzündungen der Ohren- und Nasen-Schleimhäute. Die behandelnden Aerzte, welche selbst Familienangehörige zu den Erkrankten zu rechnen hatten, kamen schliesslich zu dem Schluss, dass es um faulige Ansteckung, herbeigeführt durch Verschlucken schmutzigen Badewassers, sich handele. Die schon erwähnten Untersuchungen, welche daraufhin vorgenommen wurden, ergaben, dass es mit der Erneuerung des Wassers in den Schwimmbassins der besuchten Anstalten nicht einheitlich gehalten wird. Da, wo diese Erneuerung öfters vorgenommen wurde, erfolgte sie die Woche zwei Mal vollständig und täglich bis zu 66 Proz. des Inhalts des Bassins. In einer anderen Badeanstalt erfolgte die völlige Entleerung etwa zwölf Mal im Monat, während an den anderen Tagen eine Erneuerung bis zur Hälfte vorgenommen wurde. Nirgendwo bestand aber eine bestimmte Regel, nach der die Erneuerung des Badewassers vorzunehmen wäre; vielmehr war es in das Gutdünken der Beamten gestellt, diese Erneuerung vornehmen zu lassen, wenn ihnen das Wasser eben allzu schmutzig vorkam. Daraus erklärt es sich denn auch unschwer, wenn Badegäste über schlechten Geruch in den Schwimmbädern Klage führten. Die von Professor Baginsky vorgenommenen bacteriologischen Untersuchungen ergaben denn auch, dass schon einen Tag nach der Füllung bei noch klarer Beschaffenheit

des Wassers die Keimzahlen in Folge des Badens Hunderter von Menschen von 100 auf 8000, ja 12,000 gestiegen waren; eine in einer anderen Badeanstalt nach 48 Stunden entnommene Probe ergab 26,000, die nach 72 Stunden entnommene 38,000 Keime. Auf Grund dieser Beobachtungen erhebt Professor Baginsky in der „Hygienischen Rundschau" nachfolgende Forderungen: „Die Schwimmbassin-Bäder sind der steten sanitätspolizeilichen Controle zu unterstellen, welche auf die Ausführung der Anlage, die Reinhaltung derselben, insbesondere der Abseifvorrichtungen und Auskleideräume, die Lüftung, die normale Beschaffenheit des zugeführten Badewassers, die Quantität des Zu- und Abflusses, die Regelmässigkeit der vollständigen Reinigung des Bassins und auf die Zahl der täglich Badenden sich zu erstrecken hat. Von Seiten der sanitätspolizeilichen Behörden sind durch eingehende wissenschaftliche Untersuchungen die Grenzwerthe der Brauchbarkeit des Badewassers festzustellen."

Nunmehr hat der Polizeipräsident von Windheim in Berlin auf Anrgeung der „Freiwilligen Hygiene-Commission der Aerzte Berlins" und unter Mitwirkung von Mitgliedern desselben im Interesse des öffentlichen Wohls eine Revision der Bade-Anstalten Berlins angeordnet. Die Commission hat sich unter dem Vorsitz des Prof. Guttstadt gebildet und die Betheiligung der Aerzte, welche in uneigennütziger Weise an den Untersuchungen und Verhandlungen theilnehmen, ist eine sehr rege. Berlin besitzt zur Zeit 86 Bade-Anstalten, deren Besichtigung durch die Hygiene-Commission längere Zeit in Anspruch nimmt. In den Verhandlungen der Commission, denen der Medicinal-Assessor am königlichen Polizeipräsidium, Dr. Springfeld, beiwohnt, sollen die Anforderungen bestimmt werden, welche im Interesse des allgemeinen Wohl in hygienischer Beziehung an die Errichtung der Badeanstalten gestellt werden müssen. Die Ergebnisse dieser Verhandlungen werden die Grundlage für weitere behördliche Anordnungen bilden. Bisher hatte man nur vom bautechnischen Standpunkte die Badeeinrichtungen beurtheilt, während die Ansichten der Aerzte sich dabei noch nicht geltend machen konnten. Die Sitzungsprotocolle der Hygiene-Commission, welche sich ausserdem noch eingehend mit Verbesserung des Rettungs- und Transportwesens beschäftigt, sollen seiner Zeit veröffentlicht werden.

— Einfluss der Särge auf den Fäulnissprozess der Leiche. Von Montalti (Giorn. di med. leg. 1896, III). — Um den Einfluss des Materials zu prüfen, aus dem die Särge gefertigt sind, wurden vier Hunde getödtet und die Kadaver in eine Kiste aus Zink, aus Blei, aus Fichten- und Tannenholz gelegt. Durch einen Glasdeckel konnte man die Fäulnissvorgänge der Kadaver direkt sehen. Die Versuche wurden 6 Monate lang, vom März bis August fortgesetzt. Am langsamsten ging die Fäulniss in dem aus Blei gefertigten Sarge, langsamer in dem Zinksarge, rascher in dem Tannenholzsarge vor sich. In

dem Fichtenholzsarge blieb die Fäulniss bei einem gewissen Punkte stehen. Der Kadaver bedeckte sich mit einem Rasen von Aspergillen, es kam zur Bildung einer natürlichen Mumie. Es müssen demnach durch die Fäulnissprodukte selbst aus dem Sargmaterial gebildete Substanzen sein, welche die Fäulniss der Kadaver beeinflussen. In der That konnte Montalti in dem in dem Zinksarge eingeschlossenen Kadaver grosse Mengen von kohlensaurem Zink nachweisen.

An die Leser.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an : Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

OTTO G. T. KILIANI,
133 E. 57. Str.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Organ für praktische Aerzte in Amerika

herausgegeben von

Dr. E. Bachmann, Dr. J. Brettauer, Dr. A. F. Buechler, Dr. A. Caillé, Dr. F. Foerster, Dr. E. Fridenberg, Dr. Jos. W. Gleitsmann, Dr. L. Heitzmann, Dr. Geo. W. Jacoby, Dr. F. Lange, Dr. Willy Meyer, Dr. C. A. von Ramdohr, Dr. F. Schwyzer, Dr. G. Seeligmann, Dr. A. Seibert, Dr. G. Troje.

Redigirt von

Dr. OTTO G. T. KILIANI.

Bd. VIII. New York, December 20, 1896. No. 12.

ORIGINALARBEITEN.

Zur Verhütung ansteckender Krankheiten.*)

Von

Dr. August Caillé,

Professor der Kinderheilkunde, Arzt am Deutschen Hospital und am Post Graduate Hospital, N. Y.

Meine Herren! Für den heutigen Abend ist eine Discussion über Verhütung contagiöser Krankheiten auf der Tagesordnung. Die Prophylaxe der speciellen Haut- und Schleimhaut-Infection wird von berufener Seite vorgetragen werden — ich habe es übernommen über die Verhütung ansteckender innerer oder allgemeiner Krankheiten zu sprechen.

Da in Fällen von Flecktypus, Blattern, Cholera, gelbem Fieber, Lepra, etc. die Gesundheitsbehörde einschreitet und dirigirt, so restirt für uns die Erörterung derjenigen Verhütungs-Methoden, welche in Fällen von Masern, Scharlach, Pertussis, Diphtherie, Tuberculose und eventuell Abdominaltyphus durch den allgemeinen Praktiker anzuordnen und auszuführen sind.

Die genannten Krankheiten entstehen durch Infection mittelst specifischer Krankheitserreger, welche bei Diphtherie, Typhoid und Tuberculose genau gekannt und studirt sind. Die specifischen Krankheitserreger bei Masern, Scharlach und

*) Vorgetragen in der Octobersitzung der wissenschaftlichen Abende der Aerzte der Deutschen Dispensary, in der Stadt New York.

Keuchhusten sind bis dato nicht völlig klargelegt worden. Unsere Begriffe über Disposition und Empfänglichkeit bei Individuen und Familien sind undeutlich und nicht zufriedenstellend und bis jetzt noch Theorie und Hypothese.

Die Grundbedingungen der Verhütung contagiöser Krankheiten sind allgemeiner und specieller Natur. (1) Allgemein im Sinne einer staatlichen und municipalen Controlle und (2) speçiell im Sinne einer durch den Hausarzt zu handhabenden Prophylaxe.

Staatliche Controlle.

Die staatliche sanitäre Ueberwachung gehört nicht in den Raum dieser Discussion, obgleich es am Platze sein dürfte, darauf hinzuweisen.

2. Dass die sanitäre Ueberwachung des Trinkwassers, des inländischen Transportes (Schifffahrt und Eisenbahnwesen), sowie des Schlachtviehes, eine sehr mangelhafte ist. Dagegen ist unsere Hafenbewachung und Quanrantäne einigermassen verlässlich. Die Lücken und Mängel unserer öffentlichen Gesundheitspflege können nur dann einheitlich beseitigt werden, wenn wir, wie schon öfters vorgeschlagen, eine nationale Gesundheitsbehörde creirt haben werden: der nöthige Apparat für ein nationales Gesundheitsamt findet sich ohne dies im U. S. Marine Hospital service vor.

Municipale Controlle.

Eine kurze Beleuchtung der Mittel und Wege zur Einschränkung ansteckender Krankheiten, welche das hiesige Gesundheitsamt befürwortet, liegt uns Aerzten recht nahe und begegnen wir daselbst einer Anzahl wichtiger Probleme bezüglich Schulhygiene, Trinkwasser, Isolir-Anstalten, Miethscasernen, Desinfections-Stationen, etc. Zur Schulhygiene: Die sanitäre Ueberwachung der öffentlichen Schulen geschieht in erster Instanz durch das Board of Health. Der Forderung Licht, Luft und Reinlichkeit wird, soweit es die Raumverhältnisse gestatten, Rechnung getragen — und Kinder aus inficirten Häusern oder Wohnungen werden nicht zur Schule gelassen. Es ist jedoch allgemein bekannt, dass die Schulen mehr zur Verbreitung contagiöser Krankheiten

beitragen, als irgend eine andere culturelle Einrichtung. In der Familie geht in der Regel alles gut bis die Kinder die Schule besuchen, alsdann schliesst sich eine Krankheit an die andere an — Schuld daran sind u. A. folgende Zustände:

1. Contact Gesunder mit Kranken.
2. Ueberfüllung der Schulen.
3. Ueberheizung der Schulzimmer.
4. Contact mit inficirter Kleidung.

Um den Contact mit kranken Kindern so viel als möglich zu vermeiden, ist für unser Gemeinwesen des öfteren, und auch von mir, eine Masseninspection der Kinder durch Schulärzte befürwortet worden. In den öffentlichen Schulen versammeln sich die Kinder in einer geräumigen Vorhalle und verweilen daselbst 15 Minuten vor Beginn des Unterrichts. Ein geübter Beobachter wird hier schon die offenbar kranken Kinder zurückhalten und nach Hause schicken können; verdächtige Fälle können in einem Isolirzimmer rasch erledigt werden. Kinder die nach Hause geschickt werden, sollten eine Karte mitbekommen, auf welcher gedruckt steht: Ihr Kind ist krank, ziehen Sie Ihren Arzt zu Rathe. Fälle von Scharlach, Masern, Pertussis, Varicellen und auch Diphtherie, sowie contagiose Ophtalmie und parasitäre Hautkrankheiten können auf diese Weise abgesondert und isolirt werden. Erforderlich zu diesem Dienst wären 300 Aerzte bei einer Stunde Arbeit täglich.

Die Ueberfüllung der Volksschulen ist eine ständige Klage, und doch wäre eine Abhülfe dieses Uebelstandes nicht schwierig, wollte man z. B. Kirchen und Armories, welche des Tags über leer stehen zu Schulzwecken verwenden. Die etwaigen Schwierigkeiten, welche sich der Verwirklichung dieser Idee in den Weg stellen könnten sollten zu überwinden sein. Die Ueberheizung der Schulräume ist ein oft erwähntes doch stets wiederkehrendes Uebel und in den meisten Fällen ist die notorische Frostigkeit älterer Lehrerinnen daran schuld. Es ist nichts ungewöhnliches Lehrerinnen anzutreffen, welche bei einer Zimmertemperatur von 80 Proz. F. den Kindern Hygiene in Physiologie vortragen. Auch diesem Uebelstand wäre leicht

abgeholfen, wollte man einen automatischen Thermometer-Apparat anbringen, welcher bei 70 Proz. F. den Dampf abstellt.

Ein sehr grosser Uebelstand sind schliesslich die Kleiderschränke und Kleiderzimmer in den Schulen. Hier hängen nebeneinander und aufeinander eine grosse Anzahl Mäntel und Hüte, die im Winter fast alle feucht sind und von denen nicht wenige durch Krankheitskeime inficirt sind. In unmittelbarer Nähe solcher angehäufter Kleider befinden sich die Heizungsröhren und somit ist eine Brutstätte für Krankheitserreger geschaffen, wie man sie sich nicht besser denken kann.

Die Behörde sollte ernstlich bemüht sein diesem Uebelstand abzuhelfen und wenn der Aufbewahrungsort für Kleider zugleich als Desinficirkammer eingerichtet wäre, so könnten Krankheitskeime mittelst Dampf, welcher in jedem Schulgebäude vorräthig ist, zerstört werden und zwar täglich oder so oft es die Umstände gestatten.

Auch die Trinkwasserfrage ist eine ernste geworden. Das Croton-Wasser war noch in den 70er Jahren verhältnissmässig sehr rein und trinkbar, aber von Jahr zu Jahr ist dasselbe unreiner geworden und enthält nicht allein Planzen Detritus, sondern auch animalischen Schmutz und ist heutzutage nicht mehr unschädlich. In Ermangelung einer centralen Sandfiltration hat man allerlei Hausfilter im Gebrauch, welche nicht allein ohne Werth sind, sondern geradezu gefährlich werden können, so dass es sich empfehlen dürfte in Schulen, Hospitäler und anderen öffentlichen Anstalten eine Einrichtung zu treffen, nach welcher das durch ein Gebäude fliessende Wasser ein Filter und einen Kochapparat passirt, also sterilisirt wird ehe es zum Gebrauch kommt. Diese Einrichtung existirt für bessere Häuser in dieser Stadt und hat sich durchaus bewährt. Schliesslich wäre noch zu erwähnen, dass Schulräume nicht häufig genug desinficirt werden.

Isolir-Hospitäler.

Wir haben in New York das Willard Parker Hospital für Scharlach- und Diphtherie-Fälle.

Masern-, Blattern- und Flecktyphus-Fälle werden vom Reception-Hospital nach North Brothers Island transferirt und dort behandelt.

Fälle von Mischinfection wie Masern und Diphtherie können im Willard Parker-Hospital ebenfalls nicht untergebracht werden und müssen die weite Reise nach North Brothers Island machen. Wir brauchen für New York mehrere Isolir-Hospitäler (Jacobi) und zwar nach Muster des Kaiser und Kaiserin Friedrich Krankenhauses in Berlin für die Krankheitsformen Diphtherie, Scharlach, Masern und Keuchhusten. Für Mischinfectionskrankheiten, wie Scharlach und Diphtherie und Masern und Diphtherie, würde die Errichtung einiger Barracken genügen, wie sie in Berlin aus dem Virchow-Fond hervorgegangen sind.

Die hiesige Gesundheitsbehörde ist gesetzlich autorisirt Patienten einer Isolir-Anstalt zu überweisen in allen Fällen in denen sie es für rathsam hält; meiner Ansicht nach hat aber die Behörde nicht das moralische Recht Mutter und Kind in Krankheitsfällen zu trennen, und wo die Ueberführung eines Kindes dringend geboten ist, sollte die Behörde auf Verlangen für beide zugleich Quartier schaffen unter der Bedingung, dass die Mutter bis zur Erledigung des Falles daselbst verbleibe.

Indem wir uns nun zu der durch den Arzt zu handhabenden und zu leitenden Prophylaxe wenden, wollen wir kurz vorausschicken, dass die Verhütung contagioser Krankheiten auf folgenden Principien beruht:

1. Isolirung des Patienten und Vermeidung seiner Umgebung.

2. Ventilation zur Verdünnung der Concentration des Giftes.

3. Desinfection mittelst Reinlichkeit, Sonnenlicht, Luft, Hitze und Chemikalien.

4. Persönliche Prophylaxe und Abhärtung.

Die günstigste Situation um der Verbreitung einer contagiösen Krankheit entgegenzuarbeiten findet sich in Dörfern und auf dem Lande, also überall da wo Leute isolirt oder wenigstens nicht eng bei einander wohnen. Im Staate New York wird in jedem Township durch die Supervisors ein practicirender Arzt als Gesundheitsrath ernannt, welcher die Gesetze und Bestimmungen des State Board of Health auszuführen hat. Bei der Anmeldung einer contagiösen Krankheit verfügt der Be-

amte die Anheftung einer Warnungstafel an das inficirte Haus und ordnet strickte Quarantäne an. Zugleich engagirt er eine geeignete Persönlichkeit, um das Haus zu bewachen, Besucher fern zu halten und Lebensmittel und sonstige Bedürfnisse herbeizuschaffen. Ich habe mich des öfteren davon überzeugt, dass diese sonst vorzüglichen Massregeln nicht streng gehandhabt werden. Nachbarn gehen nach Belieben ein und aus, und aus isolirten Fällen entsteht dann oft eine Epidemie auch auf dem Lande.

Die Durchführung sanitärer Principien in einem P r i v a t h a u s i n d e r S t a d t ist durchaus nicht complicirt und kann schablonenmässig vor sich gehen, z. B.: Der Patient wird in ein Zimmer einquartiert, welches nur das nöthigste Mobiliar enthält. Ein Hallbedroom oder ein Zimmer in der oberen Etage eines Privathauses ist als Krankenzimmer geeignet. Gelegentlich ist es rathsam den Patienten in seinem bisherigen Schlafzimmer zu lassen und die betreffende Etage, welche so wie so inficirt ist, zu quarantainiren. Gesunde Kinder werden von Schule und Kirche ferngehalten und wo immer es nicht gut möglich ist, den Verkehr zwischen Eltern und Gesunden und Kranken zu unterbrechen, ist es rathsam auch gesunde Kinder zu isoliren. Eine Sodalösung, Sublimat Tabletten und liq. sodæ chlorinatæ müssen im Krankenzimmer vorhanden sein, ebenso grüne Seife und Bürsten. Speisen und Getränke, welche übrig bleiben, werden verbrannt oder auch mit liq. sodae chlorinatae desinficirt und dann beseitigt. Ess- und Trinkgefässe sollen mit Sodalösung und Labarroque's Lösung gereinigt werden ehe sie in die Küche retour kommen. Sputa werden in Papier oder Lappen aufgefangen und verbrannt oder in Sublimatwasser 1—1000 aufgefangen und entfernt. Das Eintrocknen von Sputa ist streng zu vermeiden und zur Vermeidung von Staub sollen ins Krankenzimmer keine Besen zur Verwendung kommen. das Reinhalten geschieht mittelst Lumpen die mit Sublimatlösung angefeuchtet sind und verbrannt werden. Excremente können mit Labarroque's Lösung versetzt werden und Bettpfannen sollen öfters mit kochendem Wasser gebrüht werden. Die Pflegerin soll nicht im Krankenzimmer essen und soll jedesmal beim Verlassen des Krankenzimmers ihren langen

Dienstüberwurf anlegen und die Hände und Arme mit grüner Seife, Bürste und Sublimatwasser 1—1000 desinficiren. Nach Erledigung des Falles nimmt die Pflegerin ein Sublimatbad 1—1000, wobei auch die Kopfhaare zu waschen sind, und einen längeren Spaziergang in frischer Luft. Eine Person mit krankem Nasen-Rachenraum und unreiner Mundhöhle ist nicht geeignet Kranke zu pflegen. Ist der Patient gestorben, so ist die Leiche sofort in ein mit Sublimat getränktes Leintuch einzuschlagen und baldigst ohne Oeffentlichkeit zu begraben oder besser zu verbrennen.

Die Desinfection des Krankenzimmers oder des Hauses ist sodann vorzunehmen auf die später zu besprechende und in Hospitälern geübte Weise. Wo Tapeten vorhanden sind, können dieselben mit Brod oder feuchten Lappen abgerieben werden. (Am Besten ist das völlige Abkratzen von Tapeten auch bei Tuberculose). Zimmerdecken müssen frisch übertüncht werden. Teppiche, Möbel und andere Artikel werden vom Gesundheitsamt oder auf privatem Wege mit Dampf desinficirt. Vor Beziehung des Zimmers sollen die Fenster mehrere Tage lang Tag und Nacht offen bleiben. Zur Reinigung der Abzugsröhren eines Hauses empfehle ich seit Jahren Potasche, welche in grossen Klumpen in Sinks und Drippans angebracht, langsam schmilzt und die fettige Auskleidung der Röhren ablöst.

In einem New Yorker Tenementhouse ist eine wirksame Prophylaxe nicht durchzuführen. Das einfache Verbot von Teppichen und Tapeten in Tenements and Tenement Flats halte ich für wichtiger als die übliche Desinfection. Nichtsdestoweniger sind wir als gewissenhafte Aerzte auch hier verpflichtet unser möglichstes als Sanitarier zu probiren, falls man es nicht vorzieht die Ueberführung des Kranken in ein Isolir-Hospital anzuordnen oder durchzuführen. Ueber die schülerhafte Anwendung sanitärer Principien bei Aufführung und Reinhaltung von Miethscasernen (Tenement Houses) von Seiten der Behörde liesse sich ein dicker Band schreiben. In einem altmodischen Tenementhouse waren sanitäre Verhältnisse vielfach besser als in modernen Miethscasernen. Mit 4 Zimmer auf einem Floor und einen grossen Hofraum hatten die Bewohner mehr Luft, mehr Licht und mehr Raum als heute.

Dampfheizung, feuchte und schmutzige Teppiche in Gängen und auf den Treppen und die Ausdünstung von den in jeder Etage in Gängen und Wohnräumen angebrachten Closets und Waschzubern etc. in einem Haus mit 50 bis 100 Insassen und noch mehr Besuchern und Hausirer, sind Zustände die unserer Culturperiode unwürdig sind. Doch würde es zu weit führen auf alle diese Punkte heute Abend detailirt einzugehen. Hat der Arzt eine ansteckende Krankheit unter solchen Bedingungen zu behandeln, so wird er vielleicht den Kranken in das best ventilirte vordere oder hintere Zimmer bringen lassen und die Communication mit dem übrigen Theil der Wohnung so gut es geht, unterbrechen; der Eingang ins Krankenzimmer könnte von der Hall aus stattfinden.

Zur Desinfection im Krankenzimmer eignen sich auch hier ihrer Billigkeit wegen Sublimat Soda und Javellenwasser. Der Verkehr des behandelnden Arztes mit den Inspectoren des Gesundheitsamtes erfordert beiderseits viel Tact. Die Bestimmung der Behörde, dass z. B. Diphterie-Reconvalescenten so lange im Hause zu quarantainiren sind bis alle Bacillen geschwunden sind, habe ich vor 2 Jahren öffentlich und erfolgreich bekämpft. Es liesse sich auch ein interessantes Capitel über die verschiedenen Infectionsträger schreiben — z. B. Schulutensilien und Spielsachen und Bücher. — Die hiesige Gesundheitsbehörde hat neuerdings angeordnet, dass Schulbücher häufig mit reinen Umschlägen zu versehen sind und jedes Schulkind eigene Tafel, Schwamm und Schreibmaterial haben muss. Das Verbrennen oder Desinficiren von Spielsachen nach Ablauf einer contagiösen Krankheit ist bei der besseren Bevölkerung schon Usus geworden.

Es erübrigt uns auch die Prophylaxe in Hospitälern und Anstalten kurz zu besprechen, und erlaube ich mir die Verhütungsmassregel, welche in der Kinderabtheilung des Post Graduate-Hospital geübt werden, im Auszug mitzutheilen.

Die Anstalt hat ein Aufnahme-Bureau im Souterrain (basement). Die Wards oder Krankensäle sind im 4. und 5. Stockwerk. Isolirzimmer, Lunchparlor und Roofgarden befinden sich natürlich unter oder auf dem Dach. Ausserdem hat die

Anstalt alle nöthigen Nebenräume, ein modernes Operationszimmer und Sterilisirapparate jeder Art, etc.

Neben dem Aufnahme-Bureau ist ein completes Badezimmer. Jeder Patient erhält bei der Aufnahme ein warmes Vollbad und wird mit Sublimatwasser 1—2000 abgewaschen, sodann in ein warmes desinficirtes Blanket eingehüllt und in die Reception-Ward gebracht. Hier verbleiben die Fälle mehrere Tage bis ein günstiger Bericht über Untersuchung (auch mittelst Culturen) die Ueberführung in die allgemeinen Wards gestattet. Die Kleider eines Patienten werden schon bei der Aufnahme der Mutter eingehändigt und von ihr zurück ins Wohnhaus gebracht.

Behufs frühzeitiger Erkennung verdächtiger Fälle macht der Hausarzt die erste Visite vor 9 Uhr. Die nachfolgenden Symptome müssen von der Wärterin sofort rapportirt werden. Temperatur-Erhöhung, Ausschlag, Nahrungsverweigerung, Husten, Niessen, Nasenausfluss, Diarrhœa, Erbrechen, gerötheter Hals, Anschwellung der Cervicaldrüsen, eitrige Augen.

In Abwesenheit des Arztes hat die Oberwärterin das Recht Patienten zu isoliren, d. h. verdächtige Fälle. Thermometer und Zungenspatel und Bettpfannen müssen nach jedem Gebrauch desinficirt werden, desgleichen Blankets und Kopfkissen und Waschlappen. Schwämme dürfen nur vom Arzte gebraucht werden. Ein verdächtiger Fall wird sofort mit einer Specialwärterin isolirt, und Bett und Bettzeug desinficirt. Zeigt sich ein Fall von ansteckender Krankheit in der Ward, so wird derselbe entfernt und das Bett und dessen Umgebung desinficirt. Zeigen sich 2 oder mehr Fälle, so ist die Ward als inficirt anzusehen und zu räumen und desinficiren. Folgende Bestimmungen gelten für die Isolir-Räume. Beim Betreten derselben hat der Arzt einen langen Ueberwurf anzulegen und beim Verlassen des Zimmers sich die Hände in Sublimatwasser welches stets in einer Schüssel bereit steht, zu desinficiren. Der Ueberwurf wird nach jedem Gebrauch desinficirt und zwar in einem in den Isolirräumen befindlichen Dampfkasten woselbst auch Geschirr und sonstige Artikel desinficirt werden können ehe sie in die Küche zurückkommen. Die Oberin communicirt mit der Isolirwärterin schriftlich, und diese Berichte werden

sofort verbrannt. Ein Haustelephon soll eingerichtet werden. Urin und Stuhl werden mit Sublimat oder Labarraque's Lösung desinficirt, dessgleichen die Windeln.

D e s i n f e c t i o n e i n e r W a r d. Die Patienten erhalten ein Bad in Sublimatwasser, wobei auch das Haar mit gewaschen wird und werden in frischen Blankets eingehüllt in einen anderen Raum gebracht. Alles Bettzeug wird Bündelweise in Sublimattücher eingeschlagen und im Dampfapparat desinficirt, ¾ St. Die Wände und Böden, das Holzwerk und die Betten werden mit Seifenwasser gereinigt und mit Sublimatwasser 1—1000 nochmals gereinigt. Die Ward bleibt dann noch 24 Stunden lang bei offenen Fenstern leer stehen und wird alsdann dem Gebrauch wieder übergeben.

Zwei Wards stehen mit einem Ozonapparat in Verbindung mittelst dessen täglich ein oder zwei Mal die Luft desinficirt wird.

Schwefelräucherungen haben wir aufgegeben und dafür Chlorräucherung in den Isolirzimmern substituirt.

Krankengeschichten, Bilderbücher, Spielsachen und dergleichen werden mit Dampf desinficirt oder verbrannt.

Besuch wird nur einmal die Woche nach Anlegung eines Ueberwurfes gestattet. Anfragen werden zu jeder Zeit höflich beantwortet. Der Nasenrachenraum und die Mundhöhle der Kinder werden häufig inspicirt, und jedes Kind bekommt früh und spät 30 gtts. Salzwasser mittelst Pipette in die Nase geträufelt.

Seitdem wir nach obigem Schema prophylactisch verfahren, war es niemals nöthig, die Anstalt wegen contagiöser Krankheit temporär zu schliessen. Erkrankung an Scharlach und speciell Diphtherie ist eine grosse Seltenheit, dessgleichen Pertussis. Masernfälle werden häufiger eingeschleppt, doch gewährt unser prophylactisches Verfahren hinreichend Schutz gegen eine Epidemie. Auch Fälle von contagiöser Ophthalmie und contagiöser Vulvo-vaginitis haben wir unter guter Controlle.

Zum Schlusse gestatte ich mir noch ein paar Worte über specielle und industrielle Prophylaxe.

Dem Chirurgen ist es möglich, auch in inficirter Umgebung eine Continuitätstrennung aseptisch zu halten sobald er die Schutz gewährende Manipulation da applicirt, wo eine Wunde gesetzt wird oder zu schützen ist. Bei Krankheiten die durch den Nasenrachenraum oder Magendarmtractus eindringen, ist die Prophylaxe nicht wie in der Chirurgie eine positive, sondern eine relative. Könnte man bei Diphtherie die Infectionsträger in loco zerstören und dann den Nasenrachenraum durch einen Occlusivverband vor Reinfection schützen, dann wäre die Dignität der Serumtherapie eine geringere als jetzt. Ferner ist festzuhalten, dass die normalen Secrete des Nasenrachenraumes und des Magendarmtractus antiseptisch wirken, und dass jede krankhafte Veränderung der schützenden Mucosa die Infection begünstigt und dass eine gesunde Schleimhaut an den Eingangspforten für Infection einen positiven Schutz gewährt. Ich habe vor über 10 Jahren darauf hingewiesen, dass hypertrophische Tonsillen, adenoide Vegetationen, faulige Mundhöhle und Nasenrachencatarrh bei Kindern die Infection von Diphtherie begünstigt, und dass eine geeignete Therapie gegen diese Zustände und das systematische Reinhalten des Nasenrachenraumes durch das 2 Mal tägliche Einträufeln von lauwarmem Salzwasser, bei Schulkindern Nasenrachen-Toilette, ein mächtiger Schutz gegen Diphtherie abgiebt ohne zu schaden, und ich bin heute von der Wichtigkeit dieses Verfahrens für alle Gegenden wo Diphtherie endemisch ist überzeugt. Nach dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft steht es fest, dass ein reiner Nasenrachenraum und eine reine Mundhöhle zur Erhaltung der Gesundheit erforderlich sind und diese Lehre muss der heranwachsenden Generation ins Fleisch und Blut übergehen und zwar durch Vermittelung der Aerzte.

Für Masern, Scharlach und Pertussis ist der Schutz den die Nasenrachen-Toilette gewährt gering im Vergleich zur Diphtherie, eine genaue Kenntniss der Infectionsbedingungen bei diesen Krankheiten wird wohl die nahe Zukunft bringen. Hier heisst es Vermeidung einer inficirten Nachbarschaft und Luftwechsel durch Ventilation.

Einen positiven Schutz gegen Diphtherie gewährt das Anti-

toxin. Die Angaben über die zeitliche Dauer dieses Schutzes variiren; die bisherigen Forschungen ergeben eine Immunität von 2 bis 8 Wochen. Dieser Schutz ist practisch genügend. Durch Anwendung eines Serums mit hohen Potenzen ist das Immunisiren gegen Diphtherie einfacher und ebenso gefahrlos wie die Schutzimpfung gegen Variola. Ob aber gegen Infectionskrankheiten mit kurzer Immunisationsdauer das Immunisiren der Schulkinder gesetzlich erzwungen werden sollte, ist eine andere Frage die sich vorläufig nicht positiv und nicht negativ entscheiden lässt.

Für den Praktiker sind die Indicationen zur Handhabung des Immunisirverfahrens deutlich.

Kinder in einem Haushalt in dem Diphtherie auftritt müssen immunisirt werden. 200 Einheiten Antitoxin. Für Erwachsene ist die Gefahr gering. Dieselbe Bestimmung gilt für Croup, da 80 Prozent aller Fälle von membranösem Croup sich als Larynxdiphtherie erwiesen haben. Da 16 Prozent aller Scharlachfälle mit Klebs-Löffler Diphtherie complicirt sind, so empfehle ich bei Scharlachkranken eine sofortige Antitoxin-Einspritzung von 500 Einheiten und eine Immunisationsdosis für gefährdete Kinder. In Anbetracht der Häufigkeit der Mischinfection Masern-Diphtherie und Pertussis-Diphtherie lasse ich bei Masern und Pertussis und bei ulcerösen Stomatitis durch Cultur aus dem Nasenrachenraum und Mund höhle das Terrain inspiciren und immunisiren, wenn ich Diphtherie als Complication befürchte. Das gesagte gilt sowohl in der Privatpraxis als auch in Hospitälern und Anstalten.

Der Practiker wird oft in der Feststellung einer Isolirperiode beeinflusst durch das in den Textbüchern angegebene Incubations-Stadium einer Infectionskrankheit. Nach meiner persönlichen Erfahrung variirt das Incubations-Stadium bei Infectionskrankheiten derart, dass von verlässlichen Daten kaum die Rede ist. Dieser Gegenstand ist natürlich von Wichtigkeit für Schulkinder und Anstaltskinder. Man darf annehmen, dass eine Uebertragung nicht mehr stattfindet

bei Scharlach nach 6—8 Wochen;
bei Masern nach 2—4 Wochen;
bei Varicellen nach 4 Wochen;

bei Pertussis unbestimmt;
Bei Diphtherie beim Schwund der Bacillen.

Der Arzt darf niemals vergessen, dass eine Infectionskrankheit auch im Incubations-Stadium übertragbar sein kann. Aber diese Reflexion soll ihn auch nicht veranlassen spätere Verhütungsmassregeln zu unterlassen. Der Arzt soll nicht Fatalist sein.

Bei Scharlach ist das Contagium auch in der Desquammations-Periode activ. Um das Verschleppen der kleinen Epidermisschuppen zu verhindern, werden von vorsichtigen Aerzten tägliche Bäder und Fetteinreibungen empfohlen. Ich halte dafür, dass diese Methoden rationell sind. Es ist sehr darauf zu achten, dass Wöchnerinnen und Operationsbedürftige einer Scharlachinfection nicht ausgesetzt werden. Auch bei Abdominaltyphus ist es anzunehmen, dass die Bacillen sich im Nasenrachenschleim auffangen und dann verschluckt werden. Doch gewährt ein gesunder Magendarmtractus Schutz gegen Infection.

Bei Typhus- und Cholera-Epidemien müssen Milch und Wasser vor dem Gebrauch gekocht werden, und man hüte sich vor roher Frucht, Vegetabilien und Eis.

Die Desinfection von Bettwäsche, Bettpfannen, Thermometer, Mundspatel und Hände der Pfleger ist selbstverständlich nöthig.

Eine für den Sanitarier hoch interessante Infectionskrankheit ist die der Tuberculose. 12 Prozent aller Todesfälle im Staate New York sind durch Tuberculose bedingt. Bei Kühen mit Eutertuberculose enthält die Milch pathogene Bacillen. Tuberculoses Fleisch gesunden Thieren gefüttert hat die Infection bewerkstelligt.

Ueber die Infection mittelst Butter und Käse habe ich keine Daten. Das Sterilisiren der Milch vernichtet die pathogenen Bacillen, aber zerstört nicht die enthaltenen verschiedenen Ptomaine die sich im kranken Thierkörper gebildet haben. Die Schwierigkeit der Ausrottung tuberculöser Thiere lag bisher in der Schwierigkeit einer Diagnose. Koch's Tuberculin ist in den Händen eines competenten Veterinärs ein fast absolut zuverlässiges Mittel zur Diagnose, und es wird dieses

Mittel auch im Bureau of Animal Industry in Washington zuverlässig fabricirt.

In Deutschland, Gross-Britanien, Frankreich, Schweiz, Belgien, Dänemark und Australien wird Tuberculose auf diese Weise aufgedeckt und bekämpft. In unserem Lande beschäftigen sich New York, Massachusetts, Pennsylvania mit dieser Frage, und ausserdem das Departement of Agriculture in Washington.

Die Ansteckungsgefahr ist schon im Alterthum erkannt worden (Mishua und andere hebräische Quellen), und im 17. und 18. Jahrhundert existirten Civilgesetze gegen den Genuss tuberculösen Fleisches. Im 15. Jahrhundert wurde Tuberculose und Syphilis für identisch gehalten. Morgagni erkannte Anno Domini 1700 die Contagiosität der Tuberculose. Im Jahre 1750 wurden in Nancy durch Magistratsbefehl die Effecten einer an Phthisis verstorbenen Person öffentlich verbrannt. Durch ein königliches Edict von 1782 wurde in Neapel das Sequestriren der Phthisiker, und die Desinfection von Zimmern und Effecten mit Seewasser und Essig bei Strafe von 3 Jahren Gefängniss angeordnet. Ein Arzt der es versäumte einen Fall von Phthisis anzuzeigen, wurde um 300 Dukaten gestraft und im Wiederholungsfall auf 10 Jahre verbannt.

Chateaubriand konnte 1803 in Rom seinen Pläsirwagen nicht verkaufen, weil Madame Beaumont, welche an Phthisis starb, mehrmals darin gefahren war. Das Bett von Chopin, welcher ebenfalls an Phthisis starb, wurde 1839 auf Polizeibefehl verbrannt.

In der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts hatte sich ein enormes Material als Beleg für die Contagiosität der Tuberculose angesammelt; in 1882 endlich annoncirte Robert Koch seine wichtige Entdeckung, die des pathogenen Bacillus tuberculosis. Die Infection durch Einathmen, durch den Magendarmcanal und durch Wunden ist längst erwiesen. Sowie auch die Infection durch den Coitus. Villemin, Koch, Gerlach, St. Cyr, Pfeiffer, Demme.

Nach den Untersuchungen von Strauss, Chauveau, Krügman, Lermoyez, Semon, Dieulafoy und anderen ist es zweifellos, dass die Tuberculose von der Nasenrachenschleimhaut aus in

die Bronchial-Drüsen gelangt und in die Lunge, abermals ein Wink für den Arzt, die Hygiene des Nasenrachenraumes nicht zu übersehen. Obgleich ich es für dringend geboten halte, Fälle von Tuberculose der Behörde anzuzeigen, bin ich der Meinung, dass Verhütungsmassregeln aus naheliegenden Gründen durch Vermittelung des Arztes beigebracht werden sollen. Erwiesen ist, dass Licht und Luft die Gefahr der Ansteckung vermeidet. Desgleichen ein gesunder Nasenrachenraum und reine Mundhöhle.

Gesunde sollen nicht mit Tuberculosen zusammenschlafen; auch nicht in Schiffscabinen. Sputum darf nicht eintrocknen und muss zerstört werden.

Wo sich Tuberculose aufhalten, soll nicht gekehrt werden, sondern Staub und Schmutz mit feuchten Lappen entfernt werden. Nach dem Tode eines Patienten ist das Schlafzimmer und Inhalt gründlich zu desinficiren und speciell Tapeten zu entfernen. Die Besprechung der Staatscontrolle würde zu weit führen. Natürlich spielt bei der Tuberculose wie auch bei allen Infectionskrankheiten die sogenannte Disposition eine Rolle, aber so lange wir nicht wissen was Disposition bedeutet, richten wir am Besten unsere Angriffe gegen das greifbare Gift an den Eingangspforten und wo immer wir sie vermuthen. Eine systematische Kräftigung des Organismus ist natürlich wichtig. Das Heirathen Tuberculöser sollte nicht encouragirt werden.

Meine Herren: Reform im Gesundheitswesen geht nicht viel weiter als der Zustand populärer Aufklärung. Das zeigt sich deutlich seitdem wir die Infectionslehre haben, und selbst von Aerzten wird die Infection immer noch als etwas Abstractes und Aetherisches aufgefasst, während sie doch im Grunde genommen recht greifbar und fasslich ist. Dem practischen Arzt ist durch die Entwickelung der Specialfächer in der Medizin viel Arbeit und viel Verantwortung abgenommen worden.

Die Infectionslehre und die noch für die Zukunft zu erwartende Vereinfachung unserer Materia medica hat aber auch das gesammte medizinische Gebäude in klaren Umrissen gegen einen mystischen Horizont abgehoben.

Der practische Arzt der Zukunft muss sich mit dieser Gestaltung der Dinge in Einklang bringen wenn er in Concurrenz

mit Specialarbeitern seine geachtete Stellung im Publicum beibehalten will. Um dies zu erreichen, muss er 75 Prozent Ballast in Form einer veralteten werthlosen materia medica abwerfen und in seinem Gehirn Platz machen für moderne klinische Untersuchungsmethoden, für rationelle Diätetic, für practische Asepsis und Antisepsis und für eine vernünftige Familienhygiene.

753 Madison avenue, N. Y.

Haut- und Schleimhautinfektion.

Von

Dr. S. Pollitzer.

Der Gegenstand, mit dem wir es hier zu thun haben, nämlich die Verhütung der Verbreitung ansteckender Hautkrankheiten, ist ein so umfangreicher, dass ich mich mit Rücksicht auf die geringe Zeit, welche mir zu Gebote steht, darauf beschränken muss, nur einige der wichtigsten Punkte hervorzuheben.

Naturgemäss ist die Haut dasjenige Organ, das Verletzungen und Infektionen am meisten ausgesetzt ist. Während andere Infektionskrankheiten, welche den ganzen Körper betreffen, in erster Linie durch Bakterien oder zuweilen durch Protozoen erzeugt werden, haben wir es bei Hautkrankheiten nicht nur mit diesen pathogenen Mikroben zu thun, sondern ausserdem mit gröberen pflanzlichen Parasiten, wie Hyphomyceten und höher organisirten animalischen Parasiten, wie beispielsweise der Acarus scabiei, Pediculus u. s. w. Ungleich den infektiösen Systemerkrankungen werden die ansteckenden Hautkrankheiten zumeist durch direkten Kontakt übertragen. Diese Thatsache macht die Verhütung ihrer Verbreitung weit leichter als die der ersteren. Es wird die Betrachtung unseres Themas vereinfachen, wenn wir entsprechend den verschiedenen Arten der Krankheitserreger einige typische Hauterkrankungen herausgreifen. Dem entsprechend betrachten wir einige der Hautkrankheiten, welche durch Bakterien verursacht sind, dann solche, welche Sprosspilzen ihren Ursprung verdanken und schliesslich einige von jenen die durch thierische Parasiten hervorgerufen werden. Die venerischen Krankheiten beanspruchen dann eine besondere Betrachtung.

Die häufigsten Hauterkrankungen sind diejenigen, welche durch die gewöhnlichen Eiterbakterien erzeugt werden. Impetigo, Folliculitis und Furunculosis mit allen ihren Abarten werden sämmtlich durch Infektion des Staphylococcus pyogenes erzeugt. Diese verschiedenen Krankheitsformen hängen lediglich davon ab, welcher Teil der Haut in einem gegebenen

Fall erkrankt ist. Ist die Infektion auf die oberen Schichten beschränkt, haben wir es mit einem Impetigo-Bläschen zu thun, während bei Erkrankung des Haarfollikels eine Follicultitis zu Stande kommt und bei Infektion der tieferen Teile der Cutis die circumskripte Phlegmone eines Furuncules. Bekanntermassen erzeugt die einfache Berührung der Bakterien mit der äusseren Haut keine Erkrankung dieses Organs. Zu einer solchen kommt es nur, wenn eine Verletzung der Epidermis vorhanden ist oder die Erreger rein mechanisch auf dem Wege der Haarfollikel in die Epidermis eingetrieben werden.

Wenn wir von diesen Thatsachen ausgehen, so können wir betreffs der Verhütung von Erkrankungen durch Eitererreger zwei Prinzipien aufstellen: 1. muss die Haut geschützt werden vor Berührung mit diesen Erregern; 2. müssen wir Verletzungen irgend welcher Art vermeiden.

Um die Oberfläche der Haut möglichst aseptisch zu halten, giebt es nur ein zuverlässiges Mittel, und das ist gründliche Reinhaltung. Wir sollten als Aerzte es uns zur Pflicht machen, den Patienten die Notwendigkeit regelmässiger Bäder einzuprägen. Es ist ein weit verbreitetes Vorurtheil, dass tägliches Baden schädlich wirke. Ich bin jedoch der Ueberzeugung, dass etwaige unangenehme Ueberwirkung des Bades wie Schwächegefühl, Schwindel und dergleichen meist auf unrichtig gewählte Temperatur des Wassers etc. zu beziehen sind und dass jeder Mensch, wenn es nur auf die richtige Weise geschieht, täglich baden kann und soll. Direkte schädliche Einwirkungen auf die Haut sind weit häufiger auf irritirende Seifen zurückzuführen, als auf den Einfluss des Wassers.

Häufig ist durch die Art der Beschäftigung eine besondere Gefahr der Infektion mit Eitererregern gegeben; so kommen Fleischer, Lumpensammler u. s. w. wesentlich häufiger in Kontakt mit diesen Organismen, woher bei diesen penible Reinlichkeit um so mehr geboten ist. In ähnlicher Lage befindet sich der Chirurg.

Was die mechanischen Verletzungen anbetrifft, so werden dieselben am häufigsten durch die Fingernägel des Patienten erzeugt, woher alle Affektionen, welche ein Kratzen zur Folge haben, eine Gefahr für Infektion mit Eitererregern bieten. Im-

petigo, das Dr. Klotz sehr richtig als "infected scratch" bezeichnet hat, ist vielleicht die häufigste Erkrankung, die wir in der Dispensary-Praxis zu sehen bekommen, zum Teil wegen des überaus häufigen Vorkommens von Pediculosis capitis bei den Kindern der niederen Klassen. Kratzen eines Teils der Haut erzeugt in der Regel auf reflektorischem Wege Jucken an entfernten Hautstellen, welche daher wiederum gekratzt und möglicherweise infizirt werden. Reibung schlechtsitzender Kleidungsstücke verursacht sehr häufig ein mechanisches Einreiben von Eitererregern in einen Haarfollikel. Gutsitzende Kragen spielen daher eine Rolle bei der Vermeidung von Folliculitis und Furunculosis. In Verbindung hiermit mag die Wichtigkeit eines häufigen Wechsels der Unterwäsche hervorgehoben werden, speziell bei Leuten, welche infolge ihrer Beschäftigung oder aus sonstigen Gründen stark zu schwitzen pflegen.

Die wichtigsten Krankheiten, welche durch gröbere pflanzliche Parasiten erzeugt werden, sind Favus und Herpes tonsurans. Diese Erkrankungen sind bereits seit langem selbst dem Laien-Publikum als kontagiös bekannt, sodass ich nur die wichtigsten Mittel zur Verhütung ihrer Verbreitung zu erwähnen brauche. Zunächst muss hervorgehoben werden, dass Katzen und Mäuse besonders häufig an diesen Krankheiten leiden und dass eine Lieblingskatze häufig die Ursache einer Epidemie von Trichophytia werden mag. Die Sporen von Favus und Trichophyton sind sehr resistenter Natur und mögen ihre Lebensfähigkeit in den Haaren und den Hautschuppen, welche vom Körper abgefallen sind, noch sehr lange Zeit bewahren. Jede infizirte Person verbreitet permanent den Samen für weitere Infektion. Es ist mithin ersichtlich, dass jeder einzelne Fall so weit wie möglich isolirt werden sollte, besonders von anderen Kindern. Solche Patienten sollten nicht nach der Schule oder anderen öffentlichen Anstalten geschickt werden, die Familienmitglieder sollten gründlich gewarnt werden vor direkter Berührung mit der erkrankten Person oder deren Kleidungsstücken. Selbstverständlich sollte kein Familienmitglied dasselbe Handtuch und denselben Kamm oder dieselbe Bürste gebrauchen, wie der Patient, noch sollte letzterer mit irgend jemand zusammen im Bett schlafen.

Zur Verhütung von Trichophyton-Epidemien und zur Beseitigung bestehender Epidemien in öffentlichen Anstalten ist es nötig, dass nicht nur Räume vorhanden sind zur Isolirung der mit dem Pilze behafteten, sondern auch solche in welchen die suspecten und die angeblich geheilten eine entsprechende Zeit lang beobachtet werden können.

Diese einfachen Massnahmen genügen mehr oder weniger zur Verhütung aller kontagiösen Hautkrankheiten. Es ist wohl hier am Platze, die Frage betreffs der Gefahren öffentlicher Bäder zu berühren. Es ist eine viel umstrittene Frage, ob Hautkrankheiten thatsächlich auf diesem Wege übertragen werden können. Es kann kaum einem Zweifel unterliegen, dass dieses thatsächlich der Fall ist, besonders in öffentlichen Bädern, wo Wannen benutzt werden und keine besonderen Vorkehrungen getroffen sind, die Handtücher zu sterilisiren. Bei den "Floating Baths," welche im vorigen Jahr in New York von den Commissioners of Charity eingerichtet wurden, ist die Gefahr einer Infektion auf ein Minimum reduzirt. Die Besucher, welche den niedersten Klassen angehören, bekommen ein "shower bath," ein Stück Seife, ein reines Handtuch und ein reines Gewand, in dem sie schlafen, während ihre Kleider mit trockener Hitze sterilisirt und ihnen dann am Morgen zurückgegeben werden.

Was die tierischen Parasiten der Haut anbelangt, so spielen die bereits erwähnten allgemeinen Reinlichkeits-Prinzipien die Hauptrolle. Die meisten Erkrankungen, die auf diese Weise erzeugt werden, sind so schnell zu heilen, dass das einfache Erkennen derselben genügt, um eine weitere Verbreitung zu verhüten. Leider existiren in New York keine Vorkehrungen zur Heilung der Pediculosis vestimentorum. Es sollte hinreichende Etablissements geben, in welchen die Kleider dieser Unglücklichen sterilisirt werden. Bei der Scabies ist es die Pflicht des Arztes, alle Familienmitglieder der infizirten Person gründlich zu untersuchen. Ein Familienmitglied zu heilen und ein anderes infizirt zu lassen, heisst der Quelle weiterer Infektion Thür und Thor öffnen. Ich brauche wohl kaum hervorzuheben, dass, bis die Scabies gründlich geheilt ist, der Patient jede Berührung mit anderen Personen zu vermeiden hat.

Scabies und wahrscheinlich manche andere Hautkrankheiten werden manchmal buchstäblich von Hand zu Hand übertragen, und es wäre gut, wenn wir als Aerzte dem allgemeinen Gebrauch des Händeschüttelns entgegenarbeiten würden.

Schliesslich ist das beste und erfolgreichste Mittel, der Verbreitung kontagiöser Hautkrankheiten entgegenzuarbeiten, eine gründliche und sachgemässe Behandlung bestehender Hautaffection. Die Hauptbedingung jeder rationellen Behandlung solcher Erkrankungen bildet die Zerstörung des infizirenden Agens sowie die Verhütung weiterer Selbstinfektionen des Patienten selbst. Wenn man ein Furunkel nach streng antiseptischen Prinzipien behandelt, einen Fleck von Herpes tonsurans mit Chrysorobin bestreicht und mit Collodium bedeckt, die Acari bei Scabies secundum artem toetet, so hat man die bestmögliche Vorkehrung weiterer Verbreitung getroffen.

Wir kommen nun zum Schluss zu den venerischen Krankheiten. Ich kann selbstverständlich hier nicht auf die wichtige Frage der Regulirung der Prostitution eingehen. Es lässt sich viel dafür und dagegen sagen. Einerseits zeigen die Statistiken, dass nur ein geringer Prozentsatz von venerischen Krankheiten auf professionelle Prostituirte zurückgeführt werden kann, sodass wir selbst von der skrupulösesten polizeilichen Ueberwachung der Prostitution nicht erwarten können, dass diese Krankheit zu gänzlichem Schwinden gebracht werde. Dass dieselbe jedoch nichtsdestoweniger einen gewissen Wert besitzt, dafür sprich z. B. die grosse Zunahme venerischer Krankheiten unter den Soldaten englischer Garnisonstädte, welche dem Aufheben des Contagious Disease Act folgte. Wie dem auch sein mag, eine gründliche Ueberwachung der Prostitution bildet das einzig mögliche Mittel, diesen Fluch der menschlichen Rasse möglichst zu mindern. Vom humanen Standpunkt aus haben wir auch hier die Pflicht, den Patienten davor zu warnen, andere zu infiziren. Es muss ihnen klar gemacht werden, dass jede Läsion einer frischen Syphilis die Quelle von Gefahr für seine Umgebung wird. Er muss sein eigenes Tischbesteck haben und ist besonders vor der verderblichen Angewohnheit des Küssens zu warnen.

Der Gonorrhœiker im acuten Stadium ist selten eine Quelle der Ansteckung för andere. Ich rede hier nicht von der gonorrhœischen Ophthalmie deren Besprechung ich meinem Nachfolger überlasse. Die Gonorrhoe wird hauptsächlich von denen öbertragen, welche sich für geheilt halten. Ich halte es für eine unbedingte Pflicht des Arztes, den Tripperkranken nicht früher aus der Behandlung zu entlassen, bis er sich davon überzeugt hat, dass der letzte Gonococcus aus der Urethra verschwunden ist. Was die Massnahmen zur Verhütung der Ansteckung im Einzelfalle betrifft, so brauche ich mich wohl mit Besprechung der Condones und der Sublimatwaschungen nach dem Coitus nicht weiter aufzuhalten. Der Gebrauch keimtötender Einspritzungen wie Lösungen von Silbernitrat oder anderem Antiseptica in die Urethra post coitum ist nicht zu empfehlen, denn einmal ist ihr Wert im günstigsten Falle ein sehr zweifelhafter, andererseits können dadurch schwere Störungen veranlasst werden.

64 East 58. Str.

An die Leser.

Mit der Schlussnummer des Jahres 1896 tritt der Redacteur dieser Zeitschrift von der Leitung derselben zurück.

In der Annahme, dass es ihm gelungen, den Wünschen der Mehrzahl der Leser gerecht zu werden, scheidet der Herausgeber mit dem Bewusstsein, bei der Auswahl der Original-Arbeiten sowohl, als bei der Verfassung der Leitartikel unparteiisch und unpersönlich vorgegangen zu sein, und selbst bei der Beleuchtung gewisser Missstände hatte der Schreiber immer nur das Princip, niemals die Person im Auge, und manche Dinge blieben aus dem Grunde unberührt, weil sie sich ohne Hineinziehen der Person nicht besprechen liessen.

Dass es dem Unterzeichneten gelungen ist, die Zeitschrift auf jener wissenschaftlichen Höhe zu erhalten, auf welche sie durch die Bemühungen der früheren Herausgeber gebracht war, ersieht derselbe zu seiner Freude daraus, dass sowohl die Leitartikel, als insbesondere auch die Originalbeiträge mit oder ohne Quellenangabe in extenso oder im Auszug regelmässig von deutschen Zeitschriften wiedergebracht, fast sämmtliche in der Monatsschrift erschienene Arbeiten aber in den medicinischen Centralblättern und anderen Mittheilungen referirt wurden.

Für den wissenschaftlichen Charakter dieser Zeitschrift ist der scheidende Redacteur mit den Lesern einzig und allein seinen Mitarbeitern und sonstigen Beitragenden zu tiefgefühltem Danke verpflichtet, dem er hiermit seinen wärmsten Ausdruck gegeben haben möchte.

Seinem verehrten Nachfolger aber, wünscht er einen vollen Erfolg. Dem Wunsche desselben gemäss, wird der bisherige Herausgeber das Referat für Chirurgie, sein eigenes Feld, beibehalten, da ja hiezu ein geringerer Zeitaufwand erforderlich ist, als zur Herausgabe einer Zeitschrift.

K i l i a n i.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse. — Montag, 4. Mai 1896. — Präsident DR. WILLY MEYER.

(Fortsetzung und Schluss.)

2. Dr. G. Seeligmann: ZUR ABORT-BEHANDLUNG.

Diskussion.

Dr. C. A. von Ramdohr: Nach dem so fleissig ausgearbeiteten Vortrag von Dr. Seeligmann möchte ich blos noch auf einige Punkte aufmerksam machen. Dr. Seeligmann teilt ganz richtig den Abort ein, in schon bevorstehenden oder drohenden Abort und den einzuleitenden Abort. Der bevorstehende Abort wird, so lange er noch in Schranken gehalten werden kann, durch Ruhe behandelt, wie durch irgend welche Medikamente, wie sie jeder Arzt für gut hält. Ob diese Medikamente in Opium bestehen und ob Opium dazu geeignet ist, um Uterus-Kontraktionen einzuhalten, ist allerdings eine Frage, die noch nicht ganz entschieden ist. Opium legt die Patientin ruhig und lindert ihre Schmerzen, aber dass es die Uterus-Kontraktionen aufhält, ist doch noch nicht festgestellt. Ist aber der Abort so weit vorgeschritten, dass er zu Ende geführt werden muss, so muss das Ovum unter allen Umständen entfernt werden, ob mit der Hand nach Duehrssen's Methode, ob mit der Curette, ist vollständig gleich. Die Hauptsache ist: 1. Asepsis; 2. Asepsis; 3. Asepsis. Was die Nachbehandlung von solchen Fällen betrifft, so würde ich sehr dagegen sein, so lange die Sache aseptisch vor sich gegangen ist, irgend welche Douchen anzuwenden, ausser es ist eine vollständig zuverlässige Wärterin vorhanden, die absolut sterile Röhren gebraucht, oder der Arzt macht die Sache selbst, sonst kann jede Douche zum Schaden gereichen. Ob hinterher Sekale gegeben werden oder nicht, ob Ergotin gegeben wird oder nicht, ist ziemlich gleichgültig. Im allgemeinen ist wegen der Drainage oder Kontraktur eine leichte Uterustamponade mit Jodoformgauze durchaus nicht zu verwerfen. Dr. Seeligmann erwähnte, dass 10 Yards Jodoformgauze nicht zu viel wären. Er meint selbstverständlich keine square yards, sondern die lange Binde.

Was auf der anderen Seite den einzuleitenden Abort betrifft, so möchte ich einen Rat geben, wie ihn Geo. F. Train einmal gegeben hat, als er gefragt wurde, wann man heiraten solle. Er sagte: Don't. Es werden heutzutage von sämmtlichen Kollegen noch viel zu viel artificielle Aborte eingeleitet. Dr. Seeligmann hat hauptsächlich auf Nephritiden aufmerksam gemacht. Ich möchte auf der anderen Seite auf das hinweisen, was in allen Textbüchern zuerst erwähnt wird, das sogenannte unstillbare Erbrechen der Schwangeren; das ist der grösste Humbug, der jemals erfunden worden ist. Dasselbe erscheint beinahe niemals, aber auf das Drängen des Hausarztes der Patientin entschliesst sich nicht einer, sondern entschliessen sich 99 Prozent der Spezialkollegen dazu, im allgemei-

nen den Abort einzuleiten. Unstillbares Erbrechen der Schwangeren kann paradox wie das klingt, immer gestillt werden, namentlich aber wenn man so weit geht, dass man, nachdem man sämmtliche Mittel gebraucht hat, den Magen einmal ruhig stellt und so lange rektale Ernährung vor sich gehen lässt, bis der allgemeine Gesundheitszustand der Frau leidet. Dann ist es Zeit einzugreifen. Ich habe vor nicht übermässig langer Zeit ein unstillbares Erbrechen unter solchen Umständen durch eine wochenlang fortgesetzte rektale Ernährung gestillt, und der Herr Kollege hat das Vergnügen, jetzt einen Sohn unter vielen Töchtern zu haben, und freut sich sehr darüber.

Was die Behandlung des artificiellen Abortes betrifft, so ist sie selbstverständlich ganz dieselbe, wie die des bevorstehenden Aborts, der aus anderen Gründen vor sich gegangen ist.

Frau Dr. S. Welt-Kakels: Der Vortragende hat den Gegenstand so gründlich besprochen, dass es schwer ist etwas hinzuzufügen. Ich erlaube mir aber doch auf einige Punkte aufmerksam zu machen. Bei der Behandlung des unvermeidlichen Abortes wegen zu starker Blutung oder Tod des Foetus oder beginnender Septicämie, bin ich auch dafür, sehr stark zu tamponieren, um das Blut zu stillen; ich muss aber gestehen, dass ich nur in den allerseltensten Fällen irgend einen der Dilatoren anwende. Ich kann immer ganz gut mit meinen Fingern fertig werden. Auch ziehe ich niemals den Cervix nach unten und glaube, dass das auch nicht immer ungefährlich ist, weil in solchen Fällen mitunter Entzündung der Tuben besteht. Es ist fast immer möglich, den Fundus durch den offenen Cervix ganz abzutasten. Was die Perforationsgefahr betrifft, so sagt Dr. Seeligmann, dass dieselbe fast ganz ausgeschlossen ist. Ich möchte dagegen darauf aufmerksam machen, dass diese Fälle in praxi doch gar nicht so selten sind. Ich erinnere in dieser Beziehung an den Vortrag des Dr. Mann, der über zwei ganz abscheuliche Fälle berichtet, in dem einen wurde der Darm quer durchgerissen, und ein Geburtshelfer in dieser Stadt sagte mir vor Kurzem, dass er es für ganz unmöglich halte, einer Perforation des Uterus immer zu entgehen. Aus diesem Grunde glaube ich, dass der Gebrauch der Curette womöglich nicht stattfinden sollte, und ich muss wirklich sagen, dass ich dieselbe niemals benutze, mit Ausnahme derjenigen Fälle, wo leichte Blutungen vorkommen, nachdem die Uterushöhle ganz ausgeräumt ist.

Dr. F. Foerster: Ich möchte vor allem der Bemerkung des Dr. Seeligmann beipflichten, betreffend die Ueberschätzung der Wirkung der Medikamente in diesen Fällen. Es ist eine volkstümliche Ansicht, dass diesen eine ganz besondere Kraft zukomme, die sie wirklich nicht besitzen. Wenn sie wirksam sind, so glaube ich, dass es sich jedes Mal um pathologische Zustände handelt.

Im übrigen bin ich etwas anderer Ansicht wie Dr. Seeligmann, und zwar muss ich bekennen, dass ich vielleicht zu radikal in Behandlung des Abortes geworden bin, wenigstens möchte den meisten es so erscheinen. Wenn ein Abort droht, so sind die angeführten Mittel, und denen ist kaum Etwas beizufügen, zu versuchen: Opium, Bettruhe, hie und da Bromkalium, Brompräparate im allgemeinen. Man kommt ab und zu zum Ziel, auch in solchen Fällen, die so desperat aussehen, dass man ein derartiges Resultat nicht mehr erwarten zu können glaubt. Selbst Fälle, wo die Blutungen lange gedauert haben, wo eine Sonde in das Uterusinnere

eingeführt wurde, selbst solche Fälle, von denen man sicher erwarten sollte, dass der Abort erfolgen müsse, werden durch Ruhe und Opium-Anwendung manchmal noch überbrückt. Nachdem aber der Abort im Gange, so sind wir, glaube ich, desto besser dran, je schneller wir die Uterushöhle von ihrem Inhalt befreien, und zwar gestützt auf meine Annahme, dass der Abort in der Erkrankung des Endometriums meist seine Veranlassung hat. In den meisten Fällen handelt es sich um alte Endometritis, die sehr häufig als Endometritis post abortum aufzufassen ist. Haben wir nun den Uterus eröffnet, dann glaube ich, sollten wir doch zu den Mitteln schreiten, die uns eine Räumung des Organs am besten ermöglichen. Der Finger thut es blos anscheinend. Wir entfernen die Massen, soweit unser Tastsinn es uns erlaubt. Die Uterushöhle mag uns leer erscheinen, doch wie oft bleiben trotzdem kleine Partien zurück, die wir absolut mit dem Finger nicht erkennen können. Die dem Endometrium eng anhaftenden Chorionzotten sind eben in der engen Uterushöhle durch Betasten von der Schleimhaut selbst nicht zu unterscheiden, sie bleiben in ernährungsfähigem Zustand, um früher oder später durch ihre Anwesenheit Ursache für lästige Symptome abzugeben. Ich habe deshalb seit Jahren eine Art der Behandlung verfolgt, die ich Ihnen kurz vorschlagen werde. Sie besteht in der Anwendung der scharfen Curette in jedem Fall von Abort. Ich weiss, welchen Widerspruch ich hier finden werde, und habe ihn auch an anderer Stelle schon gefunden; trotzdem kann ich Sie versichern, dass ich es seit Jahren nicht zu bereuen hatte, dass ich in jedem Fall von Abort die Curettage mit der scharfen Curette ausführte. Der Uterus wird angehakt und heruntergebracht. Wenn eine Verdickung in den Parametrien besteht, geschieht dies schonend oder wird ganz unterlassen. Vorsichtig, doch gründlich wird die Uterusschleimhaut von oben nach unten abgekratzt, und nachdem die Contenta entfernt, wird Gaze in das Uterusinnere eingeführt; in Fällen, in welchen es sich um eine leichtere oder schwerere Sepsis handelt, bloss ein Streifen, während in gewöhnlichen Fällen von Abort die Uterushöhle ausgepackt wird. Diese Gazestreifen als Packung, resp. Drainage, werden einige Tage gelassen und dann entfernt. Ich höre schon den Einwurf, dass eine derartige Curettage nur Unheil stiften kann, zumal in Anbetracht der in letzter Zeit von Küstner, Fritsch und A. gemeldeten Fällen von Atresia uteri, verursacht durch Curettage des puerperalen Uterus. Die Berichte sind deshalb irrthümlich, da diese Herren die betreffenden Fälle gar nicht selbst curettiert haben, ausserdem ist nicht ausgeschlossen, dass die Curettage in übertriebenem Maase gemacht wurde mittelst scharfen Löffeln. Ein scharfer Löffel verursacht mehr Unheil als die Curette, nach hiesigem Muster angefertigt. Von einem Verschluss des Uterusinnern nach dieser Operation habe ich nichts bemerkt.

Ich möchte zum Schluss noch bemerken, dass ich in schweren septischen Fällen Ichtyol-Glycerin mit gutem Erfolg angewandt habe. Ich kam auf die Idee durch Anregung eines Collegen. Es handelte sich um einen desperaten Fall, und nachdem ich das Uterusinnere ausgekratzt, füllte ich es mit Ichtyol-Glycerin-Streifen aus. Das Resultat war einfach überraschend. Die Temperatur fiel von 106 direkt auf 100 oder 101 Grad herunter. Ich wusste nicht, wie die Sache zu erklären. Ich entfernte am nächsten Tage den Streifen, und die Temperatur ging gleich wieder in die Höhe. Von da an tamponierte icht acht Tage mit Ichtyol-

Glycerin. Dem Ichtyol schreibe ich wenig Wirkung zu, wenn nicht der Einfluss den dasselbe auf die Kapillaren ausübt, in Rechenschaft gezogen wird. Dem Glycerin dagegen möchte ich mehr von dem Resultat zuschreiben. Ich habe in neuerer Zeit diese Behandlung öfters repetirt und bin recht damit zufrieden.

Dr. Edebohls: Meine Herren! Wenn der Arzt zu einem Fall von Abort gerufen wird, so ist die erste Frage die an ihn herantritt, die, ob der Abort vermeidbar ist oder nicht. Ich habe weder in dem Vortrag noch in der Diskussion gefunden, dass darüber nähere Aufklärung gegeben wird, wie sich der Arzt über diese Frage Gewissheit zu verschaffen hat. Nach meiner Ansicht liegt der Kern der Sache in der Palpation des Cervix. Wenn die Cervixöffnung für den Finger passirbar ist, ist der Abort nicht mehr zu vermeiden. Ist der Cervix so geschlossen, dass der Finger nicht eindringen kann, so soll man immer noch den Versuch machen, den Abort zurückzuhalten. Auf welche Weise das zu geschehen hat, ist klar angedeutet. Ruhe spielt die Hauptrolle. Unter den verschiedenen angegebenen medizinischen Mitteln vermisse ich das einzige, das mir Dienste geleistet hat, das Hydrastininum muriaticum (Merck) 0,025 alle 4—5 Stunden. Das ist das sicherste Uterusblutung stillende Mittel, das ich kenne. Sollte der Abort sich als unvermeidlich erweisen, oder trotzdem die Blutung fortfahren, so dass der Foetus in seiner Ernährung soweit gestört wird, dass er absterben muss, dann stehen wir vor einer rein chirurgischen Aufgabe. Diese Aufgabe besteht darin, den Uterus so prompt wie nur möglich zu entleeren. Dies geschieht entweder, indem wir den Cervix dilatieren, unter gegebenen Umständen eine Aufgabe von wenigen Minuten, der Cervix mag noch so renitent sein. Wer die Curette zu handhaben versteht, der kann dann ganz getrost jeden Uterus mit der Curette auf einmal und gänzlich ausräumen. Sollten z. B. bei einem älteren Foetus grössere Stücke vorhanden sein, die nicht durch den Cervix gehen, so kann man den Foetus durch die Uterinkornzange verkleinern und stückweise herausziehen, nachher die Uterinwand rein abkratzen, gleich tamponieren, die Tamponade nach 24 Stunden entfernen und die Patientin ihrem Schicksal überlassen. Wer die Curette zu handhaben versteht, kann jeden Abort innerhalb ¼ bis ½ Stunde leicht und definitiv beenden. Letzteres ist für die Patientin von grosser Wichtigkeit.

Dr. J. Schmitt: Ich habe den Ausführungen der Vorredner wenig hinzuzufügen. Darüber besteht ja eine wohlthuende Einigkeit, dass wir bei einmal ausgebrochenem Abort bezüglich der Erhaltung des Foetus sehr übel dran sind; dass uns eigentlich nur Ruhe und Opium zur Verfügung stehen, während alle anderen Mittel und namentlich Hydrastis canadensis von sehr fraglichem Werte sind. Ich hätte gern von Kollege Seeligmann etwas mehr über die Behandlung des habituellen Abortes gehört. Da feiern wir unsere Haupttriumphe, d. h. in der Merkurialbehandlung bei syphilitischen Patienten. Ich würde mich nicht scheuen, bei Frauen, die mehrmals hinter einander abortirt haben, eine Merkurialbehandlung unter ärztlicher Kontrolle einzuleiten, auch wenn keine syphilitischen Erscheinungen vorhanden sind.

Eins hat mich in dem Vortrag und in der Diskussion angenehm berührt, dass betont wurde, auch gelegentlich die Placentarreste manuell zu entfernen. Ich gehe darin sogar noch einen Schritt weiter als Dr. Seeligmann. Ich würde nicht allein das bei akutem Abort befürworten, son-

dern auch nach chronischen Fällen, die wir vielleicht erst nach Wochen oder Monaten zu Gesicht bekommen. Sie wissen ja alle, dass wir gelegentlich Fälle zu beobachten bekommen, wo die Patientinen Monate lang blutigen Ausfluss — nicht reines Blut, sondern Ausfluss, mit Blutstreifen vermischt — haben, wo sie über unbestimmte Symptome klagen, und wenn wir dann untersuchen, finden wir einen auffallend grossen Uterus, der uns den Verdacht nahe legt, dass es sich um intra-uterinen Tumor handelt, vielleicht um intra-uterines Sarkom, Carcinom. Nun, meine Herren, ich glaube, dass in diesem Fall das beste Verfahren sicherlich die rapide Dilatation in Chloroformnarkose und digitale Austastung des Uterusinneren mit event. Entfernung des Fremdkörpers ist. Ich weiss, und die Herren Spezialisten wissen alle, dass grosse Plazentarreste — handgrosse — monatelang von Patientinnen herumgetragen werden, die bei der Untersuchung dem Arzt den Verdacht nahe legen, dass es sich um einen Tumor handelt und dass wir mit manuellem Vorgehen die ganze Placenta in toto entfernen können. Selbstverständlich ist dieses Verfahren, die digitale Austastung des Uterus nach vorhergehender Dilatation, nur auf bestimmte Fälle beschränkt. Wo es sich um entzündliche endometritische Erscheinungen handelt, werden Sie den scharfen Löffel oder die Curette nicht entbehren können. Ich finde überhaupt, dass die Gynaecologen und Geburtshelfer in Erforschung des Uterusinneren im Vergleich zu anderen Spezialisten ausserordentlich bescheiden sind. Ihre ganze Untersuchungsmethode des Uterusinnern beschränkt sich auf Austasten mit der Sonde, und Gebrauch der Curette; während der Laryngolog den Larynx und der Chirurg die Urethra und die Blase elektrisch oder endoskopisch untersucht, fällt es uns gar nicht ein, elektrisches Licht in das Uterusinnere hineinfallen zu lassen; ich gebe zu, dass diese Methode komplizirt ist, auch dass durch Dilutation des Cervix das Gesichtsfeld durch Erregung von Blutungen verdunkelt wird, aber das sind Störungen, die sich sehr leicht vermeiden liessen, das letztere durch Cervicalröhren.

Dr. Talmey: Meine Herren! Ich muss bedauern, dass ich auch diesmal wieder im Vortrag sowohl wie in der Diskussion zu viel Spezialismus gefunden habe. Für den allgemeinen Arzt ist wieder nichts abgefallen. Es gibt also nach dem Vortragenden Aborte, die sich vermeiden lassen können, die soll man in Ruhe lassen, und welche die sich nicht vermeiden lassen, dann nur schnell drauf los chirurgirt, anders geht es gar nicht. Es gibt doch aber auch Aborte, die sich nicht vermeiden lassen und doch nicht operirt zu werden brauchen. Wenn wir hin kommen und finden, dass der Abort sich nicht mehr vermeiden lässt, und wenn wir die Frau zur Ruhe legen, ihr sagen Opium zu nehmen, wenn sie Schmerzen hat, und sich ruhig zu verhalten, dann wird in 5—6 Tagen der Abort zu Stande kommen, ohne dass wir etwas gethan haben, und die Frau wird nachher wieder gesund. Ich habe in der letzten Zeit drei solche Fälle gehabt, wo ich die Frau ganz in Ruhe gelassen habe. Nach einigen Tagen bin ich dann noch einmal gerufen worden, das Ovum war abgegangen, und bis jetzt sind Monate vergangen, und die Sache ist ebenso abgelaufen, wie eine normale Geburt. Ich glaube also, es gibt noch eine dritte Klasse von Aborten: solche, die sich nicht vermeiden lassen und wo man trotzdem chirurgisch nicht einzuschreiten braucht. Ich glaube, dass unter 100 Aborten vielleicht in 85 Fällen, wenn man die Frau in Ruhe lässt, das Ovum abgehen und die Frau ohne Operation wieder gesund würde.

Dr. Seeligmann (Schlusswort): Ich kann nur Ihnen allen, die sich an der Diskussion beteiligt haben, meinen besten Dank sagen. Was zunächst die Bemerkung des Dr. Edebohls betrifft, so muss ich sagen, dass ich bei der gemessenen Zeit nicht zu eingehend sein durfte. Wenn ich von Hydrastis sprach, meinte ich natürlich auch die Hydrastis-Präparate. Ich glaube, dass es in einer Gesellschaft, wie der unsrigen, die Pflicht des Vortragenden ist, sich in der Ausgestaltung eines solchen Kapitels so zu fassen, dass er dem Ganzen eine gewisse Abrundung gibt. Ich bin mir sehr wohl klar darüber, dass man über dieses Kapitel in einer Spezial-Gesellschaft eine ganze Masse von Dingen, die ich gesagt habe, ungesagt konnte sein lassen und eine andere Masse von Dingen hineinbringen konnte, die ich nicht gesagt habe. Dahin gehört, was Dr. Edebohls über die Leichtigkeit und Schnelligkeit der Dilatation angeführt hat. Das ist vollkommen richtig, und ich bitte zu glauben, dass ich davon durchdrungen bin. Aber in diesem Vortrag handelte es sich darum, ein Verfahren anzugeben, das mit Berücksichtigung aller einschlagenden Verhältnisse am besten auszuführen ist.

Ich danke Dr. Foerster speziell für seine interessanten Ausführungen. Verschiedenes darin war mir neu, und was speziell das Ichtyol-Glycerin-Verfahren bei septischem Abort betrifft, so ist dasselbe ganz zweifellos nachahmenswerth. Die eine Bemerkung, wo er eine Ehrenrettung der Laminaria versuchte, konnte ich nicht im Einklang bringen mit der Entscheidenheit, in der er radikal und schnell vorgeht, denn die Laminaria-Dilation nimmt Zeit in Anspruch, abgesehen von der Schwierigkeit, sie zu sterilisiren. Seiner Warnung vor dem scharfen Löffel möchte ich mich speziell anschliessen. Ich habe einmal gesehen, wie ein Kollege mit einem schlank gebauten, französischen scharfen Löffel einen Uterus sehr schön perforirte. Deshalb sind diese breit gebauten, mit breitem Bogen versehenen Curetten, die ich herumzeigte, zu empfehlen.

Was die Bemerkung der Frau Kollegin Welt angeht, so sind auch mir die Perforationsfälle aus der Litteratur ganz wohl bekannt, sowohl aus der amerikanischen wie aus der deutschen Litteratur. Ich entsinne mich einer Diskussion in der Berliner medicinischen Gesellschaft im Anschluss an einen Vortrag von Olshausen, aus dem Jahre '94, wo immer wieder angeführt wurde, dass eine Perforation doch einmal vorkommen kann; ich erinnere an den alten Ausspruch von Schröder, dass es ein Verbrechen sei, die Kornzange anzuwenden, und doch denke ich sind wir Alle einig darin, dass es in einigen Fällen nötig sei, die Zange zu gebrauchen und sich mit den hier und da nicht vermeidlichen Gefahren so gut wie möglich abzufinden.

Kollege v. Ramdohr möchte ich bestätigen, dass es sich um 10 Yard lange Binde handelt. Was das unstillbare Erbrechen angeht, so leidet er Allgemeinzustand auch manchmal schon während der Dauer des Errechens, und ich glaube, es wird nicht nötig sein, da die Indikation für inschreiten so eng zu ziehen, wie Dr. von Ramdohr es gethan hat, dass eint, man müsse mit der Ernährung per Rectum vorgehen und erst einschreiten, wenn man findet, dass das Allgemeinbefinden erheblich et. Der Allgemeinzustand leidet doch erheblich, während man vercht, dem Erbrechen Einhalt zu thun. Dass das wirklich unstillbare rbrechen äusserst selten ist, ist ganz zweifellos, und ich bin der Ansicht, ass Aborte, die aus dieser Ursache eingeleitet werden, sehr häufig nicht am Platze sind.

Dr. Schmitt habe ich zuzugeben, dass ich den habituellen Abort nicht genug betont habe. Es ist durchaus dem beizustimmen, dass man dort mit Quecksilber vorgeht, selbst wo sich manifeste Symptome von Lues nicht nachweisen lassen.

Sekr. Dr. Rose verliest Briefe: 1. von Prof. von Recklinghausen, Strassburg, 2. April. 2. Von Dr. Conrad.

Präs. Dr. Willy Meyer: Die Abstimmung hat ergeben, dass Dr. W. Balser mit 40 Stimmen gewählt worden ist.

Dr. Louis Heitzmann verliest den folgenden Brief seines Vaters, Dr. C. Heitzmann.

An die Deutsche Medizinische Gesellschaft von New York:

Meine Herren!

Ein schweres Herzleiden zwingt mich, meine Thätigkeit in New York aufzugeben und in Nauheim Hilfe zu suchen. Meine Wiederkehr in die geliebte neue Heimat ist wohl ausgeschlossen. Ich blicke auf ein reiches, glückliches Leben zurück, wie es selten einem Sterblichen zu Teil geworden ist; deshalb scheide ich auch als zufriedener Mensch. Meine wissenschaftlichen Arbeiten, jetzt schon so vielfach durch die Photographie als richtig erwiesen, haben sich bisher keine Majorität erringen können; ich hoffe aber zuversichtlich, dass die Zukunft mir Gerechtigkeit widerfahren lassen wird, zu einer Zeit, da von meiner sterblichen Hülle kein Stäubchen übrig sein wird. Sie, meine Herren, sollen mir die Genugthuung geben, mich als ehrlichen Menschen und gewissenhaften Forscher gekannt zu haben.

Leben Sie wohl und bewahren Sie Ihrem scheidenden ehemaligen Präsidenten ein freundliches Andenken! Carl Heitzmann.

Präs. Dr. Willy Meyer: Meine Herren! Mit tiefem Bedauern haben wir alle davon gehört, dass unser früherer Präsident, Dr. Carl Heitzmann, plötzlich von einem so schweren Leiden heimgesucht worden ist. Ich brauche nicht zu sagen, was unser Verein Dr. Carl Heitzmann zu danken hat. Sie alle wissen es. Aus einem Nichts nahezu hat er den Verein zu dem gemacht, was er heute ist, durch eiserne Energie, dauernden Fleiss und wirkliche Hingebung. Dass er, der fast in jeder Sitzung bei uns anwesend war, jetzt für immer von uns zu scheiden gedenkt, ist für uns wirklich ein Schmerz. Ich bin überzeugt, dass ich Ihrer aller Gesinnung Ausdruck gebe, wenn ich Herrn Dr. Louis Heitzmann bitte, seinem Vater zu sagen, dass wir Alle von Herzen wünschen: das alte Vaterland möchte ihn noch eine lange Reihe von Jahren uns und seinen Freunden erhalten.

Dr. F. Lange: Ich möchte beantragen, dass wir die Hoffnung aussprechen, dass Dr. Heitzmann wieder gesund nach New York zurückkehren möge.

Präs. Dr. Willy Meyer: Alle, die dafür sind, dass wir diese Mitteilung durch unseren Sekretär an Dr. Heitzmann ergehen lassen, bitte ich ja zu sagen. (Geschieht.) Angenommen.

Zu neuen Mitgliedern sind vorgeschlagen:

Dr. Clement Bloch, 181 W. 75. Str.
Dr. John Hubschmidt, 234 E. 36. Str.
Dr. Lorenzo J. Kohnstamm, 566 5. Ave.
Dr. B. Sour, 128 W. 98. Str.
Dr. A. Miebel, 262 W. 32. Str.

Schluss und Vertagung.

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 1. Juni 1896.—Präsident: Dr. Willy Meyer.

Sekretär Dr. Bachmann verliest das Protokoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

1. Dr. med. John A. Beuermann: „Die DIFFERENTIAL-DIAGNOSE ZWISCHEN GUTARTIGEM LYMPHO-MYXOM UND BOESARTIGEM LYMPHO-MYELOM."

Jeder, der viele Lymphgewebsgeschwülste untersucht hat, wird zugeben, dass oft die Differentialdiagnose zwischen gut- und bösartigen sehr schwierig ist, besonders ohne Kenntniss der klinischen Geschichte.

Virchow[1] spricht vom Lymphom, welches er als einfache Hyperplasie des Lymphgewebes betrachtet, und vom Lymphosarkom, welches durch die Unbeständigkeit seiner Gewebselemente und durch das fortschreitende und zu Zeiten sehr rasche Wachstum gekennzeichnet ist. Beide Ausdrücke beziehen sich nur auf Geschwülste der Lymphganglien, fälschlicherweise „Lymphdrüsen" genannt. Heute wissen wir jedoch, dass nicht selten aus den Schichten des Lymphgewebes, wie wir es in den Schleimhäuten treffen, Geschwülste herauswachsen, die von den Rhinologen z. B. mit Vorliebe „Adenoide" genannt werden. Andererseits wissen wir auch, dass von irgend einem Organ des Körpers lymphgewebeartige Geschwülste, von Virchow Kleinrundzellensarkome genannt, ihren Ursprung nehmen können, welche sich rasch vergrössern, sehr bösartig sind, und häufig keinen scheinbaren Zusammenhang mit normalem Lymphgewebe zeigen.

Ich bin überzeugt, dass wir auf Grund der Zellularpathologie nie enträtseln werden, warum eine Lymphgeschwulst einmal gut- ein andermal sehr bösartig sei. Eine Lösung dieses Rätsels ist nur möglich, wenn wir zugeben, dass das sogenannte Protoplasma von einem Netzwerk durchzogen ist, dessen Knotenpunkte, früher Körnchen genannt, sich zu soliden Klümpchen lebender Materie ausbilden, und in ihrer weiteren Entwickelung zuerst vakuolirte, dann von einem Netz- oder Maschenwerk durchzogene, und schliesslich mit je einem Kerne versehene protoplasmatische Körperchen werden können. Weiterhin kann uns in der Diagnose zwischen gut- und bösartigen Lymphgeschwülsten die Erkenntniss der Thatsache behülflich sein, dass auch die Grundsubstanz von allen Bindegewebsarten von einem Netzwerk lebender Materie durchzogen ist, welches sich zu Protoplasma umbilden kann., Normales Lymphgewebe, in den Lymphganglien, sowohl, als auch in den diffusen Schichten der Schleimhäute, ist myxomatös, d. h. ein zartes Retikulum, dessen Maschen mit einer schleimhaltigen Grundsubstanz, in der sich ein oder mehrere Lymphkörperchen befinden, gefüllt sind. Dass ein solches Netz im Lymphgewebe besteht wird jetzt von allen Histologen zugegeben, aber dass das Gewebe myxomatös ist, wird noch nicht allgemein anerkannt. Nach diesen Betrachtungen scheint es gerechtfertigt, das, was Virchow Kleinrundzellensarkom nannte, mit dem Namen Lymphosarkom zu bezeichnen, oder noch besser mit Lymphomyelom. Virchow's Name Sarkom bedeutet Fleischtumor und hat keinen wirklichen Sinn für die Bezeichnung einer bösar-

[1] Die krankhaften Geschwülste, Berlin 1864 und 1865.

tigen Geschwulst, von der Beschaffenheit des Medullar- oder Embryonalgewebes. Der Ausdruck Myelom, von Carl Heitzmann vorgeschlagen, würde wirklich einen solchen Tumor kennzeichnen.

Betrachten wir nun mit mittlerer Vergrösserung eine sogenannte Adenoidgeschwulst der Schleimhaut der unteren Nasenmuschel, Fig. 1.

Wir sehen da eine Epithelbildung von myxo-fibrösem Gewebe umgeben, das reichlich mit kleinen, rundlichen oder länglich-runden, nicht gekernten Körperchen versehen ist. Die Hauptmasse der Geschwulst besteht aus Lymphgewebe, d. h., einem protoplasmatischen Reticulum, dessen Maschen eine undeutlich gekernte Grundsubstanz enthalten, in der wir eine Anzahl sogenannter Lymphkörperchen sehen: Bildungen lebender Materie von der Grösse eines kleinen, homogenen bis zu der eines grösseren, granulirten Körperchens, in dem wir nur selten einen deutlichen Kern zu unterscheiden vermögen. Das Maschenwerk ist grösstenteils protoplasmatisch; doch hie und da fibrös, d. h., mit einer leimhaltigen Grundsubstanz versehen, und an einigen Stellen treffen wir sogar breitere Bündel von fibrösem Bindegewebe, welche das Lymphgewebe durchziehen. Die Maschen enthalten mehrere, bis auf sechs, Lymphkörperchen. In einigen Stellen, immer von beschränkter Ausdehnung, erscheinen die Lymphkörperchen gedrängter und das Reticulum undeutlicher; jedenfalls Stellen lebhafterer Entwickelung. Ich betone aber, dass das myxomatöse Reticulum immer zu beobachten ist, freilich nicht immer so leicht und in solcher Deutlichkeit an den Stellen, wo die Lymphkörperchen gedrängt sind, als an der, von welcher die Zeichnung genommen wurde.

Es sind in der Zeichnung eine ziemliche Zahl Kapillargefässe zu sehen; das ist für diese Art von Geschwülsten nicht als typisch zu betrachten.

Unter starker Vergrösserung erscheint eine solche Geschwulst, für die ich den Namen Lymphomyxom empfehlen würde, ziemlich charakteristisch: Fig. 2.

Hier sehen wir ein ausgesprochen myxomatöses Reticulum mit verbreiteten Knotenpunkten, die hie und da mehrere Kerne enthalten. Die Maschen enthalten myxomatöse Grundsubstanz, in der wir ohne Schwierigkeit ein sehr zartes Maschenwerk lebender Materie, ohne irgend welche Reagentien erkennen können. In dieser Grundsubstanz bemerken wir eine mässige Zahl, kleiner, glänzender, homogener Körperchen; dann etwas grössere, mit verschiedener Anzahl von Vakuolen versehen und zuletzt die ausgebildeten Lymphkörperchen mit deutlichem Maschenwerk in ihrem Inneren.

Gekörnte protoplasmatische Körperchen wie wir sie in normalem Lymphgewebe, besonders im Innern der Follikeln, nicht selten treffen, waren an der Stelle von der die Zeichnung genommen nicht vorhanden und auch in dem ganzen Tumor ziemlich selten. Welches auch die Grösse der Körperchen sein möge, immer zeigen sie, von ihrer Peripherie ausgehend, Fortsätze der lebenden Materie, welche mit deren Maschenwerk in der Grundsubstanz in Verbindung treten.

Ganz anders ist das Bild eines bösartigen Lymphomyeloms (oder Kleinrundzellensarkoms von Virchow) des Hodens. Nicht selten treffen wir in diesen Tumoren ein äusserst zartes Netzwerk, dessen Maschen mit Lymphkörperchen gedrängt erscheinen. An der Stelle, die ich zur Illustration erkor, fehlt ein solches Retculum ganz und gar. Fig. 3.

Die Hauptmasse der Geschwulst lässt uns jetzt jede Art der Bindegewebssubstanz vermissen. Sie besteht aus sogenanntem grobgranulirtem Protoplasma, in dem wir, ohne irgend welche Regelmässigkeit, einer grossen Anzahl Körperchen begegnen, die kein Mikroskopiker, weder nach Form, Grösse oder Beschaffenheit von Lymphkörperchen unterscheiden könnte. Die Zahl etwas grösserer, granulirter Körperchen ist bedeutend grösser als beim gutartigen Lymphomyxom; die Zahl der noch grösseren, mit einem deutlichen Kerne versehenen, Körperchen ist so auffallend, dass das Gewebe in einzelnen Stellen beinahe den Charakter des Globo-myeloms (Grossrundzellensarkom's Virchow's) annimmt; es ist diese Kombination in den meisten Myelomgeschwülsten von ausgesprochener Bösartigkeit zu treffen.

Aehnlich erscheint uns ein ausgesprochen malignes Lympho-myelom der Schilddrüse in Fig. 4, welches noch Ueberbleibsel der zerstörten Alveolenwände aufweist.

Starke Vergrösserungen zeigen uns in dieser Geschwulst die typischen Merkmale eines sehr bösartigen und rasch wachsenden Lympho-myeloms, Fig. 5.

Einige Bindegewebszüge in sogenannter hyaloider Degenration durchkreuzen das Feld.. Im Myelomgewebe selbst bemerken wir zahlreiche, verhältnissmässig grosse Knotenpunkte des Netzes der lebenden Materie, jedenfalls der Ausgangspunkt für die Bildung von Lymphkörperchen. Wir können alle ihre Entwickelungsstadien verfolgen; von dem kleinsten Körnchen zum deutlich glänzenden, noch scheinbar homogenen, Körperchen. Die grosse Anzahl solcher Körperchen zeigt lebhaftes Wachstum und somit auch bedeutende Bösartigkeit an. Nachdem nun diese Klümpchen das Stadium der Vakuolirung durchgemacht, nehmen sie dasjenige der Retikulation an und sind dann in jenem Zustande, den die älteren Pathologen „grobkörnig" nannten. In unseren jetzigen Ansichten bedeutet jene Grobkörnigkeit eine beträchtliche Zunahme der lebenden Materie, sowohl im Lymphkörperchen als auch im umgebenden Protoplasma. Viele der Körperchen in diesem Zustande enthalten noch in ihrem Innern centrale Klümpchen, Kerne genannt. Sogar an diesen Kernen können wir alle Stadien der Entwickelung beobachten, von dem soliden, glänzenden Klümpchen bis zum retikulirten Körperchen.

Der zweite Punkt, den ich für die Diagnose zwischen gutartigem Lympho-myxom und bösartigem Lympho-myelom von Wichtigkeit halte, ist der Zustand des fibrösen Bindegewebes, welches das betroffene Organ als Kapsel umgibt oder in alveolärer Struktur es als Trabekel in Drüsen als interstitielle Substanz durchzieht. Währenddem bei gutartigem Lympho-myxom die umgebende Kapsel unverändert und deutlich sichtbar bleibt, ist bei bösartigem Lympho-myelom das fibröse Bindegewebe immer in bedeutendem Masse reduzirt. In Fig. 3 sehen wir die Albuginea des Hodens in diesem Zustande. Die Betrachtung solcher Felder führt uns zu dem Schlusse, dass das fibröse Bindegewebe zu Myelom verwandelt wird. In dem Grade, in welchem das Myelom zunimmt, verschwindet das Bindegewebe; in anderen Worten, das erstere wächst auf Kosten des letzteren. Mit stärkeren Vergrösserungen können wir uns davon überzeugen, dass es nicht nur die Protoplasmalager zwischen den Bindegewebsbündeln sind, sondern dass die Grundsubstanz selber sich in Myelom verwandelt, nachdem sie sich erst zu indifferentem Protoplasma, von dem

sie ja ausgegangen war, rückbildete. Dieser Vorgang ist dem Mikroskopiker erklärlich, der sich der Thatsache nicht verschliesst, dass in fibrösen, wie auch in allen anderen Arten von Bindegeweben, die Grundsubstanz von reichlicher lebender Materie in netzartiger Form durchzogen wird und dass es nur einer Verflüssigung des leimhaltigen Inhalts der Maschen dieses Netzes bedarf, um das Gewebe wieder in den protoplasmatischen Zustand zurückzuführen. In Fig. 4 sehen wir Züge von fibrösem Bindegewebe, teilweise in hyaloider Degenration, und daher die fibröse Struktur nicht überall deutlich zeigend, das Myelomgewebe durchziehen. Sie gehen an vielen Stellen ganz allmälig in das Myelom über, an anderen sind sie von Reihen protoplasmatischer Körperchen durchzogen, was uns deutlich zeigt, wie das Bindegewebe als solches zu Grunde geht und zu Myelom verwandelt wird. Noch leichter können wir den Vorgang mit stärkerer Vergrösserung verfolgen (Fig. 5). Wir sehen da, wie viele von dieseen Zügen verwandelt erscheinen; zuerst in sogenanntes feingranulirtes und dann in grobkörniges Protoplasma, welches durch Zunahme und Entwickelung der Knotenpnkte seines Netzwerkes unmitmittelbar die Lymphkörperchen bildet. Die Beobachtung dieser Umwandlung des Bindegewebes eines Lymphganglion, der Tonsille, ist besonders wichtig.

Wenn je eine rasche Vergrösserung der Tonsille stattfindet, ist die Frage zu beantworten, ob dieselbe einer einfachen Hyperplasie oder Entzündung, die verhältnissmässig unschuldig, oder aber einer bösartigen Geschwulst, welche als lebensgefährlich bekannt ist, zuzuschreiben sei. In ersterem Falle sind die Follikel immer erhalten und die die Tonsille umgebende Kapsel erscheint als eine mehr oder minder breite Bindegewebslage, welche das Lymphgewebe scharf gegen das Epithel abgrenzt. Sobald aber das Lymphgewebe eine bösartige Form annimmt, verschwinden die Follikel durch Zerstörung der sie begrenzenden bindegewebigen Wände und die umgebende Kapsel wird ebenso bedeutend reduzirt. Die Feststellung dieser zwei Tatsachen ist meiner Ansicht nach genügend für die Diagnose eines bösartigen Lympho-myeloms, welches glücklicherweise doch verhältnissmässig selten ist.

Der dritte, für die Diagnose zwischen gutartigem Lympho-myxom und bösartigem Lympho-myelom wichtige, Punkt besteht in dem Verhalten der Geschwulst zum Epithel, welches dieselbe entweder nach Aussen begrenzt oder in derselben in Gestalt von acinösen oder tubulösen Drüsen der Schleimhäute eingeschlossen sein kann. Fig. 1 zeigt eine Epithellage, welche gegen die myxomatöse Geschwulst durch myxo-fibröses Gewebe scharf abgegrenzt ist: in seinem Wachstum zerstört das Lymphgewebe niemals das Epithel. Ganz anders verhält sich das maligne Lympho-myelom, welches ausnahmslos das Epithel der acinösen oder der Tubular-drüsen in Myelom verwandelt. Ein schnell wachsendes Myelom wird nach und nach alle Epithelformationen in seinem Bereiche in sein Gewebe umwandeln. In Fig. 3 ist ein Teil eines faustgrossen bösartigen Myeloms des Hodens dargestellt, in dem nirgends auch nur eine Spur der früheren Samenkanälchen nachzuweisen ist. Aehnlich sehen wir in Fig. 4 und 5, in dem Lympho-myelom der Thyreoidea, dass alle Epithelialstrukturen zerstört sind. In Fig. 6 sehen wir im Plattenepithel, das die Tonsille bedeckt, ein rundes Feld, das jedenfalls aus der Umwandlung des ursprünglichen Epithels in Lympho-myelomgewebe entstanden

ist. Die Stelle, an der der Einbruch stattfand, ist deutlich sichtbar. Rechts von diesem Myelomnest sehen wir ein mit eiweisshaltiger Flüssigkeit gefülltes Bläschen, wie es häufig in der Mundschleimhaut zur Beobachtung kommt. Am linken Ende desselben ist wieder das Epithel in ziemlicher Ausdehnung zerstört und in Myelomgewebe verwandelt.

Die Umwandlung des epithelialen in Myelomgewebe habe ich nicht weiter illustrirt, weil über das Thema schon eine Anzahl Abhandlungen mit zahlreichen Abbildungen veröffentlicht sind. Ich beziehe mich auf die Abhandlungen von Rudolf Tauszky[1], Louis Heitzmann[2] und Charles Dixon Jones[3].

Das hier Erwähnte bezieht sich nur auf die mikroskopischen Verhältnisse der genannten Geschwülste. Glücklicherweise kann der Kliniker häufig aus den ihm zugänglichen Erscheinungen und der Krankengeschichte eine Diagnose stellen. Weder der Kliniker noch der Mikroskopiker allein ist jedoch unfehlbar und in zweifelhaften Fällen sollte jedenfalls das Mikroskop zu Rathe gezogen werden um die Natur der fraglichen Geschwulst zu bestimmen.

Diskussion.

Präs. Dr. Willy Meyer: Durch eine eigenthümliche Verkettung von Umständen wurde dieser ursprünglich für die März-Sitzung angekündigte Vortrag des Herrn Dr. Beuermann auf diese Sitzung verschoben, und so ist es auch gekommen, dass Dr. Carl Heitzmann, der sich zweimal erboten hatte, an der Diskussion Teil zu nehmen, leider nicht mehr unter uns anwesend ist. Herr Dr. Louis Heitzmann wird indes freundlichst seine Stelle vertreten.

Dr. Louis Heitzmann: Herr Präsident und meine Herren! Diese Arbeit, die Sie soeben gehört haben, ist eine der letzten, welche aus dem unter direkte Leitung meines Vaters stehenden Laboratorium hervorgegangen ist. Sie versucht auf einige Punkte der Pathologie Licht zu werfen und auch die Nomenklatur dieser Vorgänge etwas zu verbessern. Schon vor vielen Jahren hat Carl Heitzmann darauf hingewiesen, dass das Gewebe der Lymphganglien und Lymphfollikel eine Varietät des myxomatösen Bindegewebes sei. Trotzdem werden auch noch heute diese Bildungen als Lymphdrüsen bezeichnet, wie sie zuerst vor nahezu 40 Jahren von Ernst Bruecke genannt wurden, obgleich überhaupt nicht das geringste Drüsen- oder Epithelialgewebe in diesen Gebilden vorhanden ist. Wenn nun dieses Gewebe wuchert, so haben wir ein Lympho-Myxom nach dieser neuen Auffassung. Dieses Lympho-myxom ist natürlich ein vollkommen gutartiges Gebilde. Gleiche Verwirrung herrscht in der Nomenklatur der bösartigen Sarkome. Wie Sie schon von Dr. Beuermann gehört haben, ist nach der Auffassung von Carl Heitzmann das Wort Sarkom unrichtig aus dem Grunde, weil Sarkom von σαρξ Fleisch, eine Fleischgeschwulst bedeutet. Nun ist Sarkom keine Fleischgeschwulst, sondern besteht aus medullarem oder embryonalem Bindegewebe. Aus diesem

---

[1] Ueber die durch Sarkomwucherungen bedingten Veränderungen des Epithels. Sitzungsber. d. k. k. Akad. d. Wissensch. in Wien. Vol. 73.
[2] The differential Diagnosis between fungous Endometritis and Tumors of the Mucosa of the Uterus. Am. Journ. of Obstetrics, etc., 1887.
[3] Study of the minute Anatomy of Endometritis and Myeloma of the Uterus. N. Y. Med. Journ., 1894.

Grunde wurde von Carl Heitzmann der Name Myelom vorgeschlagen. Die von Dr. Beuermann erwähnte Form Lympho-Myelom oder Lympho-Sarkom ist identisch mit dem was von Virchow als kleines Rundzellen-Sarkom bezeichnet wurde. Das ist eine äusserst bösartige Geschwulst. Weil nun diese Gebilde dem Lymphgewebe ähnlich sind, wurde es Lympho-Sarkom oder Lympho-Myelom genannt.

2. Dr. S. Pollitzer: „UEBER DAS WESEN UND DIE BEHANDLUNG DES EKZEMS."

Diskussion.

Dr. Klotz: Es ist bei einem Gegenstand, der schon für einen Vortrag zu umfassend ist, doppelt schwer, in einigen kurzen Bemerkungen in der Diskussion nur annähernd demselben gerecht zu werden. Im allgemeinen kann ich den Ansichten des Dr. Pollitzer beistimmen. Ich habe es oft in mancher Hinsicht als einen Vorteil betrachtet, dass ich niemals einer dermatologischen Schule angehört habe, da ich glaube manche der Ansichten vorurteilsfreier prüfen zu können, als jemand, der unter dem direkten Einfluss eines Lehrers gestanden hat. Ich muss sagen, dass die Erfahrung doch immer wieder den Eindruck giebt, dass eine Ursache im allgemeinen System des Menschen besteht, die den Ausbruch des Ekzems begünstigt, gestehe aber, dass wir sie noch nicht kennen, glaube auch nicht, dass sie für alle Fälle gültig ist. Ausserdem lässt sich doch nicht leugnen, dass Ernährungs-Störungen und verschiedene Krankheitszustände, z. B. wie Diabetes, eine wesentliche Rolle spielen und mindestens einen entschiedenen Einfluss auf die Entwickelung und namentlich auch auf die Hinderung der Heilung des Ekzems haben. Ich kann mich nicht entschliessen, in der Allgemeinheit anzunehmen, dass Ekzem immer eine parasitäre Krankheit ist. Unna selbst hat wenigstens in seinen früheren Arbeiten verschiedene Arten von Ekzem angenommen, neben dem parasitären. Er erwähnte ausdrücklich ein nervöses Ekzem. Ich weiss nicht, wie weit seine Ansicht sich darüber geändert hat. Als solche möchte ich besonders ansehen die vesiculären Ekzeme der Finger und Hände und teilweise auch der Füsse, die immer und immer wieder acut ausbrechend über Jahre hinaus sich erstrecken ohne während der Zeit je ganz zu verschwinden. Für diese möchte ich auch in Abrede stellen, dass dem Ausbruch da eine Abschuppung vorangeht. Diese Ekzeme treten in Gruppen von Bläschen auf, die allerdings mehr Aehnlichkeit mit Herpes als mit gewöhnlichen Ekzemen haben. Die Annahme eines parasitären Ursprungs schliesst übrigens keineswegs den Einfluss von allgemeinen Zuständen des Körpers und von Ernährungs-Störungen aus, denn ein solcher ist entschieden zu beobachten bei anderen parasitären Krankheiten, wo wir die Parasiten ganz genau kennen. Tuberkelbacillen, Typhusbacillen treiben sich jedenfalls in vielen Organismen herum, in denen es nie zur Entwicklung von Tuberkulose oder Typhus kommt, und setzen auch diese gewiss Mangel an Widerstandsfähigkeit voraus. In Unna's Definition ist auch die Rede von einer „Disposition, auf gewisse Reize mit der Bildung des Ausschlags zu reagiren." Da ist eben auch etwas Verstecktes, das er nicht nennen kann oder nicht nennen will. Eine anatomische Veränderung ist es nicht. Also worin besteht die Disposition? Da ist noch ein Hinterthürchen offen gelassen, durch welches sich manches hereinbringen lässt.

Ueber die Behandlung nur wenige Bemerkungen. Es wurde von stimulirender Behandlung gesprochen, einem hier recht oft gebrauchten Ausdruck, dessen Bedeutung mir nicht eine ganz klare zu sein scheint. Was wird denn eigentlich stimulirt, die Nerven oder die Muskeln oder die Blutgefässe und Lymphgefässe? Und wie geht denn die Sache vor sich. Ich glaube, dass namentlich die chronischen Ekzeme etwas intensiveres brauchen, zum Teil direkt ätzende Mittel. Ein teilweiser Effekt derselben ist, dass sie die Schuppen und die dicken Epidermislagen gründlich entfernen die in sehr vielen Fällen den Einfluss der angewandten Mittel herabsetzen und beinahe unmöglich machen, und die erkrankten Teile direkt der Einwirkung der Medicamente zugänglich machen.

Dr. L. Heitzmann: Ich hatte wohl erwartet, dass Dr. Pollitzer in seinem Vortrag über das Wesen des Ekzems einen Teil der Ekzeme als parasitäre Erkrankungen darstellen würde, war aber doch recht erstaunt, von Dr. Pollitzer zu hören, dass er alle Ekzeme als parasitäre Erkrankungen hinstellt. Ich muss sagen, dass ich da grundverschiedener Meinung bin. Ich kann mich selbst vielleicht einen Bacteriologen nennen, da ich seit vielen Jahren bacteriologisch arbeite, und ich habe bei hunderten von Ekzemen, die ich in den letzten 10—12 Jahren behandelt habe, aber nicht nur bei Ekzemen, sondern auch bei anderen Hauterkrankungen und normaler Haut bacteriologisch experimentirt, doch ich muss sagen, dass es mir nie gelungen ist, den Morokoccus, welchen Unna als einzige Ursache des Ekzems hinstellt, bei Ekzem allein zu finden. Ich habe verschiedene Coccen gesehen, von welchen vielleicht der eine oder andere mit Unna's Coccus übereinstimmen würde, welchen ich aber so gut in normaler Haut wie in ekzematöser Haut und anderen Erkrankungen finden konnte. Ich weiss fernerhin, dass die Ansicht von Unna und nun von Dr. Pollitzer bis jetzt recht vereinzelt ist, und ich glaube, sie wird es bleiben. Was ist Ekzem? Ekzem ist ja ein Catarrh oder eine catarrhalische Entzündung der Haut. Wodurch entsteht dieselbe? Durch einen einfachen Hautreiz. Dieser Reiz kann durch eine Menge verschiedener Sachen verursacht werden. Es kann eine einfache Seife sein, zu viel Reiben, zu viel Wasser und Dutzend andere Sachen. Warum ist es, dass dieselben auf mancher Haut Ekzem verursachen und auf mancher Haut nicht? Aus dem einfachen Grunde, weil manche Haut eben reizbarer ist als andere. Fernerhin warum ist es, dass wir bei manchen constitutionellen Erkrankungen so leicht Ekzem bekommen? Nun dadurch, dass die Konstitution bei solchen Erkrankungen geschwächt ist, dass die Haut diesen Reizungen zugänglicher ist als die gesunde Haut. Ich will ganz und gar nicht bestreiten, dass wir bei Ekzem, nicht bei allen, aber bei manchen, Bacterien finden, aber ich halte alle diese Bacterien für sekundär. Ich glaube nicht, dass es einen Bacillus oder einen Coccus oder irgend ein Bacterium gibt, welches primär ganz allein für sich Ekzem verursachen kann.

Da nun Dr. Pollitzer in seiner Behandlung von der Parasitentheorie ausgeht, so ist es selbstverständlich, dass ich auch darin mit ihm nicht ganz übereinstimmen kann. Er sagt z. B., bei ganz akutem Ekzem müssten wir antiparasitäre Mittel gebrauchen. Er nennt da Zinkoxyd; wir wissen aber ganz genau, dass Zinkoxyd, wenn es wirklich antiparasitär ist, so schwach ist, dass es absolut keinen Einfluss hat. Nun möchte ich aber Dr. Pollitzer fragen: Wie kommt es, dass wir bei ganz akuten Ekzemen, die ganz plötzlich entstehen, mit einfachem Trockenhalten der

Haut, indem wir den Reiz fernhalten, das Ekzem in 12—24 Stunden vollkommen heilen können, ohne irgend welches antiparasitäre Mittel anzuwenden? Dr. Pollitzer erwähnt, dass es ungemein schwer sei, Pityriasis versicolor zu heilen. Ich möchte auch hierin nicht mit ihm übereinstimmen. Ich halte Pityriasis oder besser Tinea versicolor für eine der am leichtesten zu heilenden Hauterkrankungen, die wir haben. Dass die Pityriasis eine parasitäre Erkrankung ist, ist ja klar, und hier können wir mit einer starken Salicyllösung oder Salicylsalbe die Krankheit in 2—3 Tagen vollkommen heilen. Ich will damit nicht gesagt haben, dass die Erkrankung nie wiederkommt. Selbstverständlich wenn eine und dieselbe Ursache da sein wird, wird die Erkrankung wieder entstehen.

Fernerhin möchte ich bei den ganz chronischen Ekzemen doch ein bischen mehr Gewicht auf Teer legen, als Dr. Pollitzer gethan. Ich kenne unter allen Mitteln wirklich keins, welches diese chronisch stark infiltrirte Haut rascher beseitigt als Teer. Es ist ja schliesslich alles eins, welche Art Teer wir gebrauchen, aber Teer ist und bleibt für chronische Ekzeme eins unserer besten Mittel.

Dr. E. Pisko: Ich habe dem Vortrag nur wenig hinzuzusetzen. Ich habe mich sehr gefreut und war wirklich überrascht, dass es Dr. Pollitzer gelungen ist, in einem so kurzen Vortrag ein so kolossales Gebiet, wie das des Ekzems, so erschöpfend zu behandeln. Er hat wirklich das ganze Gebiet gestreift, nur eines, glaube ich, hat er vergessen, die Beschäftigungs-Ekzeme. Dieselben sind doch sehr wichtig und gehören in den Rahmen hinein. Sie geben uns viel zu schaffen, insbesondere dadurch, dass die Therapie nur so eingeleitet werden kann, dass die Leute meist die Arbeit verlassen müssen, entweder temporär oder für immer und in diesem Fall, wie auch in anderen, die Heilung schwer machen, weil eben die Art der Heilung mit der Beschäftigung und dem Patienten selbst in Widerspruch steht.

Auf eines möchte ich noch aufmerksam machen, was ich im Laufe der Jahre gefunden habe, das ist die ausserordentlich gute Wirkung, welche die sogenannten Umschläge, um es mit einem vulgären Worte zu bezeichnen, haben, insbesondere der Liquor Burowi, der eine Lösung essigsaures Blei und Alaun enthält, ersteres 5 und letzteres 10 Prozent, ein ausgezeichnetes Resultat gibt und von dem Patienten auch sehr gut vertragen wird.

Dann möchte ich auch noch auf den Teer aufmerksam machen, wie Dr. Heitzmann bereits gethan hat, und würde insbesondere den gereinigten Teer empfehlen, wie er nicht hier, sondern in Wien von Waldheim gemacht wird, der ein ausgezeichnetes Resultat gibt. Wir haben es in den letzten Jahren ausgefunden, dass die Resultate, die wir mit dem reinen Teer gemacht haben, bedeutend besser sind, als die mit dem nicht gereinigten.

Dr. S. J. Meltzer: Ich möchte nur zu dem, was Dr. Heitzmann gesagt hat, bemerken, dass die Thatsache, dass man bei Ekzem noch keine Bacterien gefunden hat, eigentlich kein Beweis sein sollte, dass es nicht bacteriellen Ursprungs ist. Die schweren Infectionskrankheiten, die mit Hauteruptionen einhergehen, wie Scharlach, Masern, Pocken, haben bis jetzt auch noch keine Bacterien aufgewiesen, und dennoch zweifelt niemand, dass sie bacteriellen Ursprungs sind.

Dr. Max Einhorn: Ich möchte mir erlauben, auch einige Bemerkungen zu dem Vortrag zu machen. Ich kann allerdings nicht darüber sprechen, ob die Hautkrankheiten bacterieller Natur sind oder nicht, aber ich glaube doch, dass im grossen Ganzen vorläufig noch keine positiven Daten vorliegen, dass wir sie schon zu den parasitären Krankheiten zählen sollten. Dann glaube ich doch nicht, dass, wie Dr. Pollitzer hingestellt hat, konstitutionelle Anomalien so wenig mit dem Ekzem zu thun hätten. Ich glaube im Gegenteil, dass dieselben wahrscheinlich eine sehr grosse Rolle spielen. Von Diabetes ist es ja sehr bekannt.

Ich möchte nun auf etwas hinweisen, was ich selber erlebt habe und meine eigene Person betrifft. Ich hatte zwei, drei Jahre hindurch im Nacken ein chronisches Ekzem und konnte es nicht zum Heilen bringen. Ich habe auch einige Dermatologen gesehen, aber es half nichts. Ich glaube, dass das Ekzem vielleicht dadurch entstanden war, dass der Kragen zu sehr gedrückt hat, wenigstens lag das Ekzem gerade an einer Stelle, die dem Druck ziemlich viel ausgesetzt war. Ich ging dann vor zwei Jahren nach den Adirondacks und brachte da 6—7 Tage zu, und als ich nach Hause zurückkam, bemerkte ich, dass das Ekzem nicht mehr da war, und seitdem ist es auch weggeblieben. Ich möchte nur aus dieser einzigen Erfahrung darauf hinweisen, dass es dann doch sehr unzweckmässig gewesen wäre, wenn ich nach dem Rat von Dr. Pollitzer nach der Heilung des Ekzems eine Dermatitis erzeugt hätte, um den Parasiten vielleicht ganz zu töten. Wie Sie sehen, bin ich vollkommen frei geblieben ohne Anwendung einer neuen Dermatitis.

Dr. Talmey: Es war mir interessant zu erfahren, dass auch für alle Hautkrankheiten jetzt nach Parasiten geforscht wird. Auch ich bin der Ansicht, dass wahrscheinlich die meisten Hautkrankheiten auf Parasiten beruhen, dass aber die Ansicht des Herrn Vortragenden, der konstitutionelle Ursachen bei Seite lässt, und die Ansichten der Herren, die hier diskutirt haben, welche nur diese gelten lassen, sich einander nicht ausschliessen. Es kann sein, dass jemand, der eine schlechte Konstitution hat, den Parasiten einen besseren Angriffspunkt gewährt, als jemand mit starker Konstitution. Aber ich glaube doch, dass es Ekzeme gibt, die nicht auf Parasiten beruhen können. Denn wenn wir z. B. nach einem starken Karbolverband ein Ekzem bekommen, da kann dies doch nicht dadurch verursacht sein, dass die Haut geschwächt worden ist und daher die Parasiten hineingekommen sind. Im Gegenteil sie werden durch das Antisepticum zurückgehalten, und doch bekommt man sehr oft Karbolekzeme, Sublimatekzeme nach diesen Verbänden. Wie ist das zu erklären?

Dr. Langmann: Ich glaube nicht, dass ich als allgemeiner Praktiker etwas beitragen kann. Auch mir scheint es, dass Dr. Pollitzer die Sache etwas zu einseitig aufgefasst hat, und so sehr es zur Vereinfachung des Bildes beigetragen, das er uns vorgeführt hat, so ist doch die Etiologie etwas weiter aufzufassen, wenn wir uns an die Erscheinungen halten sollen, denen wir doch jeden Tag in der Praxis begegnen. Ich glaube, dass viele Herren, und namentlich Spezialisten, sich sehr häufig durch das alte Stichwort Humoralpathologie ins Bockshorn jagen lassen. Es ist gewissermassen Mode geworden, die Humoralpathologie als altes Gespenst vollständig bei Seite zu werfen und schon bei der Erwähnung des Wortes einen Horror zu bekommen. Es fällt mir nicht ein, der Humoralpathologie hier das Wort reden zu wollen, aber ich glaube doch, dass wir

manches, was damals unter diesen Begriff gerechnet worden ist, heutzutage als Diathese auffassen und auffassen müssen. Es freut mich sehr, dass auch die Herren Spezialisten dies betont haben, denn der allgemeinen Diathese können wir vorläufig doch auf keinem Gebiete, mag es nun die innere Medizin oder Chirurgie sein, entgehen. Es mag ein schlechter Trost sein, dass wir uns keine bessere Vorstellung davon machen können, aber ich muss doch auch sagen, dass einem so viele Erscheinungen tagtäglich entgegentreten, dass wir ohne den Begriff der Diathese vorläufig nicht auskommen können, dass also irgend ein Reiz, der auf die Haut ausgeübt wird, nun immer dieselbe Erscheinung wieder hervorbringen soll, das ist ja wohl selbstverständlich, auf der anderen Seite ist aber doch auch selbstverständlich, dass die Haut in ihren entzündlichen Erscheinungen auf die allerverschiedenste Weise ähnliche Erscheinungen wieder hervorbringen kann. Wenn immer wieder betont wird, dass z. B. die Anwendung von starken Alkalien Ekzeme, bei Arbeitern namentlich, hervorbringen kann, wenn auf der anderen Seite Säuren dieselben Erscheinungen hervorbringen können, so müsste man doch wieder einen Unterschied machen, die Dermatitis — Ekzem ist doch auch nur eine Form der Dermatitis — müsste dann jedesmal absolut verschieden sein. Das mag sein, aber vorläufig sind wir doch nicht im Stande, diesen feinen Unterschied zu machen, und müssen uns damit begnügen, dass ganz verschiedene Ursachen ganz dieselben makroskopischen und mikroskopischen Erscheinungen hervorbringen. Dass konstitutionelle Erkrankungen und Anlagen eine grosse Rolle dabei spielen, wissen wir ja schon, und wenn Dr. Meltzer eben anführte, dass manche Parasiten allerdings noch nicht gefunden worden sind, so möchte ich auf der anderen Seite auch wieder bemerken: Wir wissen alle, dass verschiedene Persönlichkeiten eine bestimmte Vorliebe für parasitäre Krankheiten zeigen, dass manche Patienten mehrmals derselben parasitären Krankheit unterworfen sind und dass ebenfalls konstitutionelle Anomalien die Ursache für häufiges Auftreten von Ekzemen bilden. Das ist gewiss jedem schon vorgekommen. Ich kann mich nicht speziell vieler Fälle erinnern, aber ein Fall ist mir in Eerinnerung, der sich nicht anders erklären lässt, als dass eine konstitutionelle Anomalie dem Ausbruch des Ekzems und das Verschwinden der Anomalie dem Verschwinden des Ekzems zu Grunde gelegen haben muss.

Dr. Moschkowitz: Ich hatte auch ein Ekzem, und es wird vielleicht von Interesse sein zu hören, wie es mir nach einer Plage von sechs Jahren gelang, es auf eigentümliche Weise selber zu heilen. Ich hatte auch verschiedene Herren in dieser Hinsicht konsultirt und verschiedene Mittel angewendet, aber es gelang keinem das fortwährende Jucken und fortwährende Reizen zu heilen. Ich hatte vor Kurzem Gelegenheit, einen Fall von Psoriasis zu behandeln bei einem Patienten, der 20 Jahre lang Psoriasis hatte und bei dem es mir gelang, eine vollständige Heilung durch Aufpinselung einer Lösung von Sublimat in Collodium. Die Stärke der Lösung war 6 dgr. auf 30 gr. Collodium. Ich selber hatte ein Ekzem an meinen Unterschenkeln und versuchsweise pinselte ich mir diese starke Sublimatlösung in Collodium auf die Stelle. Ich muss gestehen, dass die darauf folgende Nacht fast unerträglich war. Ungefähr zwei Stunden nachdem ich die Lösung aufgepinselt, fing ich an das Collodium zu entfernen, und war beinahe die volle Nacht damit beschäftigt, sowohl auf mechanischem Wege, wie mit Abwaschung durch eine Mischung von Alkohol und Aether. Es gelang mir, es teilweise zu ent-

fernen; trotzdem übte diese Lösung einen so starken Reiz aus, dass mein Ekzem nach 6-jährigem Leiden vollständig verschwunden ist.

Dr. Meltzer: Ich möchte mir noch eine Bemerkung erlauben. Dr. Pollitzer hat in seiner Darlegung der Geschichte der Theorien des Ekzems ausgeführt, dass zuerst die Erkrankung als eine konstitutionelle angesehen wurde, dann folgte die Auffassung, dass der physikalische, rein mechanische Reiz die Hauptursache des Ekzems wäre, um endlich der bacteriologischen Theorie Platz zu machen. Ich möchte nun fragen, ob sich die Perioden, in denen diese verschiedenen Theorien herrschten, nicht einfach mit den Perioden decken, wo auf allen Gebieten der Medizin erst eine rein konstitutionelle, dann eine rein physikalisch-mechanische und zuletzt eine bacteriologische Krankheitsursache angenommen wurde, und ob Dr. Pollitzer nicht glaubt, dass es nicht möglich sein wird, die neuen Lehren der inneren Sekretionen, der Autointoxicationen, kurz, die neue Humoralpathologie, die jetzt eine grosse Rolle spielt, auch für die Entstehung des Ekzems zu berücksichtigen und ob nicht in der That jetzt schon Theorien da sind, die darauf Bezug nehmen.

(Schlusswort) Dr. Pollitzer: Es ist schwierig, mit wenigen Worten auf alle Punkte einzugehen, die in der Diskussion hervorgehoben worden. Verschiedene Herren haben die Parasiten-Theorie des Ekzems angegriffen, indem sie für das Zustandekommen desselben lediglich allgemeine constitutionelle Ursachen anerkennen. Dass allgemeine Zustände eine aetiologische Rolle spielen, ist ja keineswegs zu leugnen; es ist allbekannt, dass bei gewissen allgemeinen Ernährungsstörungen, wie z. B. beim Diabetes, der Gicht, Rhachitis, etc. Ekzeme von besonderem klinischen Verlauf vorkommen. Dies beweist jedoch keineswegs, dass wir in derartigen allgemeinen Störungen die alleinige Krankheitsursache zu suchen haben. Wie verhält es sich denn bei den als zweifellos infektiös anerkannten Erkrankungen, wie beispielsweise die Cholera. Auch hier bedarf es gewisser Funktionsstörungen, um die Thätigkeit der eingedrungenen Baccillen erfolgreich zu machen, trotzdem wird es wohl niemandem einfallen die baccillare Natur der Cholera zu leugnen. Dasselbe von allen anderen Infektionskrankheiten und mithin auch von den parasitären Hautaffektionen, wie beispielsweise die Furunkulosen.

Obwohl durch das Eindringen der Coccen stes Furunkel erzeugt werden, sind es doch immer gewisse Fälle, bei denen es zur Furunkulose kommt. Es ist ganz natürlich, dass die Pilze der Ekzeme nicht in allen Fällen Ekzem erzeugen können, es muss stets ein gewisses prädisponirendes Moment vorhanden sein. Was ich nur in Abrede stellen wollte, ist, dass alle die erwähnten Erkrankungen alleinige Ursache des Ekzem sein können. Sie sind nur insofern Ursache des Ekzems, wie Diabetes Ursache der Furunkulose ist, indem derselbe nämlich einen günstigen Nährboden für das Gedeihen des Bacteriums schafft. Dass es bestimmte Arten von Ekzem gibt, die nicht auf bacterieller Ursache beruhen, muss ich entschieden bestreiten. Ich glaube, dass das von Dr. Klotz beschriebene Nervenekzem überhaupt kein Ekzem ist. Das klinische Bild ist, wie Dr. Klotz erwähnte, dem Herpes viel ähnlicher als dem Ekzem. Wird es sich nicht in den erwähnten Fällen vielleicht um Dysidrosis handeln? Was ich in der Definition von Disposition sagte, hat Dr. Klotz missverstanden. Ich sagte, das Ekzem ist eine Affektion, die eine Disposition, eine Neigung hat, auf Reize mit Exudation und starker Entzündung zu reagiren, wie meinte

jedoch dabei nicht eine allgemeine Körperdisposition.

Unter stimulirender Behandlung verstehe ich eine Behandlung, die reizend auf die Gefässe einwirkt. Es gibt eine ganze Anzahl Mittel, die die Gefässe erweitern und den Blutstrom beschleunigen. Diese Mittel sind wohl bekannt, und ich glaube, dass wohl nur das unter stimulirender Behandlung zu verstehen ist.

Dr. Heitzmann definirt das Ekzem als Catarrh, der durch verschiedene äussere Schädlichkeiten, physikalisch, verursacht ist, und es ist begreiflich, dass es ihm gelungen ist, in solchen Affektionen den Bacillus nachzuweisen. Ich verstehe nicht, wie ein momentan einwirkendes Agens, wie zu starkes Sublimat-Wasser, oder sonst was, eine Affektion hervorrufen soll, die Jahre lang bestehen kann, wie das Ekzem. Ein Sonnenbrand verursacht einfaches Erythem, vielleicht, wenn es stärker ist, von Blasenbildungen gefolgt, und wenn weitere Schädlichkeiten nicht dazu kommen, verschwindet der Prozess in 3 oder 4 Tagen. Bei Ekzem finden wir das aber nicht. Da besteht der Prozess fortwährend, vielleicht Jahre lang.

Ganz akut verlaufende Ekzeme, das muss ich Dr. Heitzmann gegenüber betonen, werden nicht mit antiparasitären Mitteln behandelt, im Gegenteil nur mit Mitteln, die zuerst die Entzündung beseitigen, also Streupulver, u. s. w.

Die Frage des Dr. Meltzer möchte ich dahin beantworten, dass die Theorien allerdings mit den verschiedenen Theorien, wie sie in der allgemeinen Pathologie der Reihe nach vorgekommen sind, ziemlich übereinstimmen. Nur ist überhaupt für Ekzem nie eine rein mechanische Erklärung gegeben worden, sondern ist dies nur als Ergänzung für andere Theorien geschehen. Man sah, dass man mit den innneren Ursachen allein nicht fertig wurde, und da hat man dann äussere Schädlichkeiten hinzugefügt. Uebrigens muss ich sagen, dass man allerdings auch jetzt schon einen Teil der chronischen Ekzeme durch autotoxische Vorgänge zu erklären versucht hat, und zwar hat ein italienischer Schüler Unna's Tommasoli, diese Erklärung gegeben.

Dr. Einhorn machte eine interessante persönliche Mitteilung. Ich glaube, dass sein Ekzem viel eher Dermatitis war, als Ekzem, und wie er den äusseren Reiz des steifen Kragens weggelassen hat, hat sich die Dermatitis von selbst gebessert. Ebenso ist das Carbolekzem, das Sublimatekzem, das von Dr. Talmey erwähnt wurde, kein Ekzem, sondern Dermatitis, und diese Zustände verschwinden, gerade im Gegensatz zum Verlauf des Ekzem, ohne Behandlung, sobald der äussere Reiz wegfällt.

Die von Dr. Moschkowitz angeführte Behandlungsmethode hat mich sehr interessirt. Ich habe in der letzten Zeit bei gewissen trockenen Ekzemen durch Applikation von Sublimat-Collodium vorzügliche Resultate erzielt. Die Fälle müssen nur für diese Behandlungsweise geeignet sein. Das Sublimat-Collodium ist gerade für Ekzem theoretisch eines der besten Mittel, nur müssen bei deren Anwendung die Ekzemflecken erstens nicht zu gross sein, und zweitens müssen sie ein gewisses Alter erreicht haben. Sie dürfen nicht leicht auf Reize reagiren, denn ein solches Mittel wie Sublimat-Collodium reizt die Haut ziemlich stark und kann leicht eine bedeutende Dermatitis auf dem Boden des Ekzems hervorrufen.

Präs. Dr. Willy Meyer: Bei der vorgenommenen Wahl sind die drei Herren Drs. Max Rosenberg, 128 East 70. Str.; Louis Cohn, 139 East 95. Str. und F. Reinthaler, 76 East 81. Str. einstimmig erwählt worden.

Die nächste Sitzung findet am ersten Montag des Oktobers statt.

Schluss und Vertagung.

17 West 43. Strasse. — Montag, den 5. October 1896.

Präsident: Dr. Willy Meyer.

1. Vorstellung von Patienten.

a) Dr. Carl Beck: EINIGE FAELLE VON AUSGEDEHNTER RIPPENRESECTION.

Meine Herren! Auf dem neunten Kongress für innere Medizin that Ewald, unterstützt von Ziemssen, den gewaltigen Ausspruch, dass man heutzutage eigentlich gar keine veralteten Pleuraexudate mehr sehen sollte und dass man jedes veraltete Pleuraexudat dem behandelnden Arzt zum Vorwurfe machen, ja geradezu als Kunstfehler ansehen sollte. Nun, meine Herren, wie Sie heute Abend an den zwei Patienten, die ich vorzustellen das Vergnügen habe, sehen werden, ist dieses goldene Zeitalter, wo die Chirurgie veraltete Pleuraexsudate nur noch vom Hörensagen kennen wird, noch sehr weit entfernt. Im Gegenteil, solange das Märchen der spontanen Heilung alter Pleuraempyene noch in anerkannten Textbüchern spukt, von der unglückseligen Aspirationstherapie überhaupt gar nicht zu sprechen, sind wir von diesem idealen Standpunkt noch sehr weit entfernt. Solange die Therapie des akuten Pyothorax noch so sehr schwankt, werden auch alte Fälle in Hülle und Fülle vorhanden sein.

So unerfreulich nun der Status der Dinge bezüglich acuter Fälle ist, so erfreulich ist es andererseits, dass man sich wenigstens in Bezug auf die Heilung alter Pleuraempyeme geeinigt hat. Heutzutage wird kaum Jemand mehr verlangen, dass man von anderen, als auf höchst radikale und ausgedehnten Eingriffen etwas Gedeihliches hier erwarten könnte. Wir sind vor allen Dingen Schede zu grossem Dank verpflichtet, dass er uns gelehrt hat, dass die sogenannte Estlander'sche Operation, welche darin besteht, dass man das Dach von der Pleurahöhle wegnimmt, nicht genügt, sondern dass die pleura costalis im Lauf der Zeit bei alten Pleuraexsudaten so hart wird, dass sie beinahe selbst ein Knochendach repräsentirt und desshalb nothgedrungen das Schicksal der Rippen, d. h. die völlige Wegnahme, teilen muss. Ich habe vor wenigen Jahren Gelegenheit gehabt, in dieser Gesellschaft darüber zu klagen, wie ausserordentlich unzufriedenstellend meine Resultate mit der sogenannten Estländer'schen Operation waren, und ich kann heute zu meiner Freude mitteilen, dass, seitdem ich das Schede'sche Prinzip adoptirt habe, meine Resultate ganz glänzend geworden sind. Ich möchte noch hinzufügen und halte es, da ich gerade heute Gelegenheit finde, für meine Pflicht, öffentlich zu sagen, dass der Ausdruck Esländer'sche Operation völlig incorrect ist. Mein genialer Lehrer Gustav Simon in Heidelberg hat schon im Jahre '69 Rippen über alten Pleuraempyemen weggenommen und hat im Jahre '70 im Verein der mittelrheinischen Aerzte in Mannheim mehrere solcher Fälle vorgestellt. Simon ist leider zu früh gestorben, und es entstand kein Kaempe für ihn, als Estlander Jahre lang nach seinem Tode auftrat und diese Operation für sich in Anspruch nahm. In Süddeutschland ist man sich dieser Thatsache wohl bewusst, ausserhalb, speziell im Auslande, hat man kaum Notiz davon genommen, und so heisst diese Simon'sche Operation eben immer noch die Estländer'sche.

Ich möchte nun die Krankengeschichte der beiden Patienten kurz verlesen.

ZWEI FAELLE VON AUSGEDEHNTER RIPPENRESECTION.

1.) Patient ist 21 Jahre alt, Rumäne, seit 11 Jahren in Amerika. War stets gesund bis er Ende August an Pleuropneumonie erkrankte. Am 9. September wurde ein Pleuraschnitt an ihm in einem hiesigen Hospital vorgenommen. Sieben Wochen später entlassen. Ambulante Behandlung dann auf weitere 20 Wochen. Da keine Besserung eintrat, so wurde von einem ausgezeichneten hiesigen Chirurgen eine sogenannte Estländer'sche Operation vorgenommen. Soweit ich vermuthen kann, waren die 6te, 7te, 8te, 9te und 10te Rippe damals entfernt worden. Nach einer weiteren 5 Monate lang währenden Hospitalbehandlung verliess Patient das Hospital ungeheilt. Am 23. Dezember vorigen Jahres nahm ich eine ausgedehnte Operation vor, indem ich die Ihnen hier vorliegenden Ansätze der Fragmente der 6ten und 7ten Rippe entfernte und ausserdem beträchtliche Segmente aus der 3ten 4ten und 5ten Rippe resecirte. Die Schwierigkeit, den oberen Rippen nahe zu kommen war wegen des Schulterblattes sehr gross, wie ich in allen meinen diesbezüglichen Fällen erfahren musste. Nachdem ich die ausserordentlich verdickte Costalpleura über der ganzen Höhle mit der Scheere entfernt hatte, tamponirte ich mit Jodoformgaze und vernähte den grössten Theil der Wunde. Die Heilung war ununterbrochen und nahm nur zwei Monate in Anspruch. Wie Sie sehen, ist auch die vorher bestandene Scoliose gänzlich verschwunden, was wohl den Anstrengungen der wieder ausgedehnten Lunge zuzuschreiben sein dürfte. Ich habe in diesem Fall die Schede'sche Schnittführung gewählt — nämlich die Bildung eines hufeisenförmigen, nach unten convexen Lappens.

2.) Patient, 24 Jahre alt, Engländer, seit Mai dieses Jahres in Amerika, erkrankte am 2. März 1895 an Influenza. Fünf Wochen später wegen Pyothorax in England operirt. Ob eine Rippenresection damals ausgeführt wurde, habe ich bis jetzt nicht eruiren können. 22 Wochen später eine zweite Operation—Resection. 6 Wochen darauf eine dritte Operation, bestehend in der Resection zweier Rippen. Patient wurde heute vor 2 Wochen von mir im St. Mark's Hospital operirt. Sein Zustand war sehr desolat. Schwacher, frequenter Puls, schwankende Temperaturen, colossale Eiterretention, Albumen im Urin. Oedeme. Wegen des schlechten Pulses Chloroform-halbnarkose. Die Exploration der Höhle ergab, dass das Dach beinahe vollständig von der Scapula und den darunter liegenden 3ten, 4ten, 5ten und von der 6ten Rippe gebildet war. In diesem Falle wählte ich nicht den Schede'schen Schnitt, sondern suchte nach alter Manier durch einfachen Querschnitt, der Rippenrichtung parallel, das Feld freizulegen, was auch ganz wohl gelang. Wie Sie sehen, hat sich Patient schon ziemlich erholt, ist fieber- und eiweissfrei und ist wohl anzunehmen, dass er seiner völligen Heilung entgegengeht. Von besonderem Interesse dürfte hier die Form der zwei Rippen sein, welche an den alten Resectionsstellen fest durch Knochensubstanz aneinander gelöthet sind, so dass nur eine kleine Drainageöffnung übrig blieb. Diess zeigt, dass man sich hüten muss, auch bei primärer Rippenresection sich mit einem gar zu kurzen Stückchen Rippe zu begnügen.

Auch mache ich Sie auf die pathologische Knochenform in beiden Fällen aufmerksam. Am ersten fallen Ihnen die stalactitförmigen Auflagerungen auf; im zweiten sehen sie, dass dieselben ihren rundlich-ovalen Querschnitt verloren haben und an einigen Stellen die Form eines breiten

Keiles aufweisen. Helferich suchte diese Keilform durch Resorptionsvorgänge zu erklären.

Ich habe ausserdem Gelegenheit genommen, beide Fälle mit Roentge'schen Strahlen zu durchleuchten. Die eine Photographie, die ich vor einigen Tagen aufnahm, ist nicht fertig geworden, von der anderen können Sie sich sehr deutlich überzeugen, wo die Rippenstücke fehlen. Wir können hieraus die Lehre ziehen, dass die Roentgen'schen Strahlen bei der Diagnose von Thoraxkrankheiten bei manchen Fällen von Wert sein werden.

b) Dr. Willy Meyer: TOTALNEKROSE DES UNTERKIEFERS.

Dieser Patient gehört zu denen, die ein schweres Leiden Tage lang herumgetragen, ehe sie es der Mühe wert finden, in einer so grossen Stadt wie New York ärztliche Hilfe zu suchen. Der Patient kam anfangs Juni in einem grauenhaften Zustand in das Deutsche Hospital. Er hatte einen rüsselförmig geschwollenen vorstehenden Mund, Empyem des ganzen Gesichtes, Schwellungen am Hals und verbreitete einen bestialischen Gestank um sich. Es fanden sich multiple Fisteln nach aussen vom Unterkiefer. und aus dem Munde selbst lief eine wirkliche Jauche hervor. Man konnte diagnosticiren, dass es sich um jauchige Nekrosis des Unterkiefers handeln musste, und der erste Gedanke bei einem so ausgedehnten Leiden konnte nur der sein, dass eine Phosphornekrose vorliege. Aber das war nicht der Fall. Es ergab sich, dass der Patient schon vierzehn Tage krank war und sich gescheut hatte, ärztliche Hilfe aufzusuchen. Die Fistel brach nach aussen durch, und es entstand ein Zustand, der durch Hilfe von Cocain nur soweit gebessert werden konnte, dass durch breite Incisionen von aussen dem Eiter Abfluss geschaffen wurde. Der Patient erholte sich langsam, fühlte aber bei der Operation von selbst, dass der ganze Unterkiefer von seinem Periost entblösst war; um ihm Gelegenheit zu geben, neues Periost zu bilden, liess ich ihn an seiner Stelle. Im Laufe der Zeit breitete sich die Nekrose des Kiefers so weit aus, dass es mir vier Wochen später gelang, diesen ganzen Unterkiefer total zu entfernen. Man sieht, wie selbst in einer Stadt wie New York, wo doch Hilfe in den Dispensaries so leicht zu finden ist, die Vernachlässigung eines Falles einen solchen Zustand nach sich führen kann, wie er sich sonst wohl nur in der Wildniss finden könnte. Interessant ist, dass sich nach der Operation Knochen gebildet haben, die genau dem Unterkiefer entsprechen, und ich glaube, dass es mit der Zeit vielleicht möglich sein wird, dem Patienten ein künstliches Gebiss einzusetzen, so dass er wieder zum Beissen und Kauen gebracht werden kann.

Sie sehen also, wie durch Vernachlässigung aus einer einfachen Parulis eine Totalnekrose entstehen kann, die nicht auf Phosphornekrose beruht.

Diskussion.

a) Zu Dr. Beck's Fällen.

Dr. Willy Meyer: Ich möchte sagen, dass die Fälle, die Dr. Beck vorgestellt hat, in ihrem Endresultat ausserordentlich schön sind. Dr. Beck hat darauf hingewiesen, dass wir noch lange nicht das erreicht haben, was wir wünschen, dieses chronische Empyem auch zu Ende zu bringen. Wir müssen nicht vergessen, dass die Höhle nicht nach unten, sondern direkt unterhalb des Schulterblattes liegt, sodass, wenn man die Sonde einführt, sie oben bis zum Schlüsselbein liegt, und nun kommt die schwierige Frage, wie soll man eine solche Höhle schliessen, über der das Schulterblatt liegt

und wo man die Rippen nur ausserordentlich schwer reseciren kann. Ich glaube, dass es noch lange Jahre ein frommer Wunsch bleiben wird, diese Höhle mit Sicherheit zum Schluss zu bringen. Wir alle haben diese Operation häufig gethan und uns klar gemacht, dass, wenn wir nicht neben den Rippen auch die Pleura vollkommen weggenommen haben würden, ein solcher Fall nie zur Heilung gebracht werden konnte. Ich glaube, dass man noch radikaler vorgehen kann nach der Methode, die Dr. Lange vor Jahren vorgeschlagen hat und die ich vor vier Jahren auch ausgeführt habe, in der Weise, dass man einen Längsschnitt vorn anlegt zur Seite der Rippenknorpel und einen Längsschnitt hinten zur Seite der Wirbelsäule, und dass man die ganze Rippe aus ihrem Periostcylinder gleichsam herauszieht. Ich habe damals sieben Rippen in der Weise aus ihrer Verbindung gelöst, und ich glaube, dass dies der Weg ist, wie man wohl in verzweifelten Fällen vorgehen kann. Auch selbst in den Fällen, wo die Höhle bis zum Schlüsselbein reicht, wird es in Zukunft wohl möglich sein, nach Resektion des ganzen Schulterblattes die Höhle zum Einsinken zu bringen, denn die Patienten gehen ja alle zu Grunde, wenn die Höhle nicht zum Schluss gebracht wird. Jedenfalls müssen wir Dr. Beck dankbar sein, dass er auf diese Operation durch seine interessanten Fälle wieder aufmerksam gemacht hat.

Dr. Carl Beck: Ich kann im allgemeinen mit Herrn Dr. Meyer nur übereinstimmen. Nur möchte ich darauf aufmerksam machen, dass auch in solch verzweifelten Fällen, wie sie angedeutet worden sind, wo die Höhle bis hinauf zum Schlüsselbein reicht, schliesslich noch die ultima ratio in der Resektion der ersten Rippe nach temporärer Resektion des Schlüsselbeins liegt, die mehrmals von Schede ausgeführt worden ist. Die erste Rippe kann man allerdings nur schwer reseciren. Die Operation von Lange ist jedenfalls sehr genial ersonnen und wird zweifellos in vielen Fällen von günstigem Erfolg begleitet sein, jedenfalls ist sie viel besser als die Estländer'sche. In ganz alten Fällen aber, wo die Pleura bedeutend verdickt ist, wird das Ausschälen allein nicht genügen, die darunter befindliche dicke Pleura wird noch immer das Einsinken der Wand verhindern. Da die Lunge nicht herauskommt, wird eben das Dach hineinfallen müssen, und wenn wir das nicht künstlich erreichen können, so bleibt nur übrig, die Pleura costalis ebenfalls in weiter Ausdehnung zu reseciren.

b) Zu Dr. Willy Meyer's Fall.

Dr. Carl Beck: Ich will nur eine ganz kurze Bemerkung machen. Ich glaube, dass Dr. Meyer sich gratuliren kann, solch einen ausserordentlich interessanten Fall zu besitzen. Ich muss gestehen, dass ich noch nie einen so ausgedehnten Fall gesehen habe, der nicht auf Phosphornekrose beruht hätte. Solch ausgedehnte Zerstörungen kommen wohl nach schweren Infektionskrankheiten, Masern, Scharlach, Pocken u. s. w. vor. Dass aber gerade in der Stadt New York, wo so viele ausgezeichnete Aerzte so sehr leicht zugänglich sind, jemand einen Fall mit einfacher Parulis so vernachlässigen kann, dass eine so ausgedehnte Operation nothwendig war, ist unbegreiflich.

2. Demontstration von Präparaten.

Dr. B. S. Talmey: EIN UNGEWOEHNLICH GROSSER GALLENSTEIN.

Ich möchte diesen Gallenstein vorstellen, weniger wegen der Grösse desselben und weil er auf natürlichem Wege abgegangen ist, als wegen der interessanten Krankengeschichte.

Pat. 50 Jahre alt, war mit Ausnahme von Verstopfung immer gesund bis vor 20 Jahren sie ihren ersten Kolikanfall mit Schmerzen in der Lebergegend hatte. Seit damals war das Gesicht der Pat. immer gelblich, und sie litt öfter an Kopfschmerzen, die 24 Stunden anhielten. Zuweilen hatte sie Schmerzen in der Lebergegend und erbrach sich gelegentlich. Bis 1883 wurde sie so für irgend ein Magenleiden behandelt. Alsdann kam sie in die Behandlung eines Gynäcologen, der sie bis 1887 behandelte. In diesem Jahre bekam sie einen zweiten Kolikanfall in dem rechten Hypochondrium. Für zwei Jahre fühlte sie sich alsdann ziemlich wohl, bis sie in 1889 einen dritten Anfall bekam. Von dann an hatte sie wiederholt alle 2—3 Wochen solche Anfälle, die mit Schüttelfrost und Fieber dahergingen. Im Jahre 1890 nahm das Fieber einen intermittirenden Charakter an. Die Anfälle wiederholten sich 3—4 Mal wöchentlich. Der behandelnde Arzt diagnosticirte Leberabscess, legte sie in's Bett und verordnete eine Hungerdiät. Ein berühmter Internist bestätigte diese Diagnose. Durch die Hungerdiät und die grossen Dosen Morphin wurde sie so geschwächt, dass ein berühmter Chirurg, obgleich er die Diagnose ebenfalls bestätigte, sich zu operiren weigerte. Nachdem sie 9 Monate im Bette zugebracht hatte, brachte man sie auf's Land, wo sie besser wurde. Die Unfälle wiederholten sich jetzt nur alle 3—4 Wochen. Letzten Mai kam Patientin in meine Behandlung. Ich gab ihr einige Calomelpulver und liess sie eine gemischte Mahlzeit einnehmen. Darauf bekam sie einen Anfall, der 3 Tage dauerte. Nach diesem Anfalle wurde dieser Stein im Stuhl gefunden.

Diskussion.

Dr. Torek: In Betreff der Art und Weise, wie der Stein abgegangen ist, kann ich mir nicht vorstellen, dass ein Stein von dieser Grösse durch die Papille im Duodenum gehen kann. Ich halte das sogar für absolut unmöglich, und die andere Erklärung, die Dr. Talmey gab, dass sich Adhäsionen und Druchbruch gebildet haben, für die einzig richtige in dem Fall. Ich glaube auch ferner nicht, dass der Stein im Choledochus war. Dr. Talmey giebt an, dass die Frau immer e t w a s gelb war. Wenn der Stein im Choledochus so lange eingeklemmt wäre wie dieser, dann wäre die Gelbsucht sicherlich eine ganz ausgesprochene gewesen. Der Stein war jedenfalls ein Cysticusstein, und die mässige Gelbsucht, die Dr. Talmey beschreibt, ist der Thatsache zuzuschreiben, dass die Galle, die sich noch in der Gallenblase befand und nicht durch konnte, in der Gallenblase selbst aufgesaugt worden ist. Dies kann dann mässigen Icterus geben. Das deutet dann an, dass die Gallenblase irgend wo lädirt ist. Die Schleimhaut in der gesunden Gallenblase wird den Farbstoff nicht ins Blut übergehen lassen, wohl aber, wenn die Gallenblase irgend wo lädirt ist. Es muss also irgend wo eine Läsion gewesen sein, nicht zwischen Choledochus und Duodenum, sondern zwischen Gallenblase und irgend einem Teile des Darms. Man sollte die Pathologie der Gallenblase vor Augen haben und nicht einen solchen Fall als günstig darstellen und dadurch beweisen wollen, dass Gallensteine von solcher Grösse eventuell per vias naturales abgehen können. Wenn sie abgehen, so geschieht das indem eine Perforation stattfindet, welche in vielen Fällen nicht so glücklich ablaufen wird wie in diesem. Sind bei eintretender Perforation keine Adhäsionen da, so endet der Fall höchst wahrscheinlich letal. Desshalb sollten alle diese Fälle rechtzeitig zur Operation kommen.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass in der nächsten Sitzung eine Diskussion über Gallensteinkrankheit stattfinden wird und dass wir dann Gelegenheit haben werden, weiter über den Fall zu diskutiren.

3. Abstimmung über die zu Mitgliedern vorgeschlagenen Drs. C. Bloch, John Hubschmidt, Lorenzo Kohnstamm, B. Sour and Marian Dana McDaniel.

Die Abstimmung ergiebt die Aufnahme der Kandidaten.

4. Dr. W. Freudenthal: „KLEINERE BEITRAEGE ZUR AETIOLOGIE DER LUNGEN-TUBERCULOSE.“

Dr. Willy Meyer: Ehe wir in die Diskussion dieses Vortrages eintreten, will ich mitteilen, dass am 7. August unser Mitglied Dr. Carl A. Weinholz plötzlich verstorben ist. Ich bitte Sie, sich zum Andenken des Verstorbenen von Ihren Sitzen zu erheben. — (Geschieht.).

Diskussion.

Dr. A. Caillé: Wenn ich Dr. Freudenthal richtig verstanden habe, so lenkt er in seinem Vortrag die Aufmerksamkeit der Kollegen auf die Wichtigkeit des Nasenrachenraums als Eingangspforte für Infektionskrankheiten, und speziell als Eingangspforte für Tuberkulose. Ich wüsste mir für eine Versammlung wie diese kein interesssanteres und wichtigeres Thema. Seitdem wir die Infektionslehre haben, ist der praktische Arzt gewohnt, seine prophylaktische Thätigkeit dem Magendarm-Tractus und der Schleimhaut zuzuwenden, aber eine spezielle Hygiene des Nasenrachenraums hat der praktische Arzt bis jetzt noch wenig geübt, und es ist an der Zeit dies den Herren ans Herz zu legen. Dr. Freudenthal hat sich persönlich mit der Frage beschäftigt, und aus den Untersuchungen, die er berichtet, speziell aus den Fällen die er citirt, in welchen die Primäraffektion im Nasenrachenraum gelegen hat, kann man mit Sicherheit heute annehmen, dass die Infektion auf diese Weise häufig zustande kommt. Es gehört also auch die Tuberkulose nun in die Reihe von Infektionserkrankungen, welche durch eine prophylaktische Hygiene des Nasenrachenraums verhindert werden können. Das ist der Schwerpunkt der Arbeit des Dr. Freudenthal, wie ich dieselbe verstehe. Was Dr. Freudenthal heute Abend für Verhütung der Tuberkulose gethan hat, habe ich vor mehr als 10 Jahren versucht, für Verhütung der Diphtherie zu thun, und habe ganz energisch bei vielen Gelegenheiten darauf hingewiesen, dass die Hygiene des Nasenrachenraums eine absolute Nothwendigkeit ist. Es hat sich mit der Zeit vollkommen klar gestellt, dass die Entfernung von adenoiden Vegetationen, von vergrösserten Tonsillen und die Behandlung des Nasenrachenraumkatarrhs absolut notwendig sind, um gewisse Sachen zu verhüten, und dass mit deren Entfernung speziell die Diphtherie verhütet werden kann. Ich will dieses Thema nicht weiter berühren, sondern Ihnen nur die folgenden Thatsachen mitteilen, die Ihre Aufmerksamkeit vielleicht wieder auf diesen Gegenstand lenken werden. Ich arbeite seit etwa 5 Jahren im Post-Graduate Hospital in den Babies Wards und habe da eine Kinderabteilung von 50 Betten, die fast immer besetzt sind. Nun habe ich vor 4 Jahren die Nasenrachentoilette, wie ich sie nenne, eingeführt, und wir haben in 4 Jahren zwei Fälle von Diphtheritis gehabt. Das ist eine ganz auffallende Immunität, denn wir müssen bedenken, dass die Kranken aus den

niedrigsten Volksschichten zu uns kommen, und aus infizirten Wohnhäusern, und es ist mir klar ebenso wie meinen Kollegen, die mit mir arbeiten, dass die Nasenrachentoilette sehr viel dazu beigetragen hat, um diese Immunität in unserem Hospitale zu bewirken. Was die Einwände betrifft, die dagegen gemacht worden sind, so möchte ich nur sagen, dass dieselben mehr theoretischer als praktischer Natur sind. Man hat eingewendet, dass man durch das Eingiessen von Salzwasser oder Borlösung eine Otitis media und eventuell eine Erkrankung der Nebenhöhlen des Nasenrachenraums zustande bringen könnte. Nun wir haben in den vier Jahren nicht eine einzige Erkrankung der Nebenhöhlen beobachtet, und Otitis media auch ausserordentlich selten. In der jetzigen Richtung der Medizin ist die Thätigkeit des praktischen Arztes nicht mehr so allgemeiner Natur wie früher, und wenn er sein Renomee im Publikum aufrecht erhalten will — und er kann das den besten Spezialisten gegenüber — so wird es für die Zukunft nötig sein, dass er sich weniger bemüht, veraltete Arzneimittel bei den Patienten zu versuchen, er wird sich vielmehr mit den neuen Untersuchungsmethoden vollkommen vertraut machen müssen; es wird nötig sein, dass er in Bezug auf Diätfragen sattelfest ist und sich einer allgemein tüchtigen Hygiene befleissigt, und dazu gehört auch sicherlich die Hygiene des Nasenrachenraums.

Dr. S. J. Meltzer: Ich bin ein wenig angeführt worden, denn ich wusste von dem Vortrag nichts als den Titel „Beiträge zur Aetiologie der Lungentuberkulose"; und nun kann ich all die schönen Sachen, die ich über die Aetiologie der Tuberkulose sagen wollte, nicht recht anbringen, denn der Vortrag beschäftigt sich nicht mit der Aetiologie, sondern mit der Lokalisation der Lungentuberkulose. Ich sollte indèssen Herrn Dr. Freudenthal gerade dankbar dafür sein, denn er giebt mir dadurch Gelegenheit ein paar Worte über einen Punkt vorzubringen, den er im Laufe des Vortrags mehfach berührt hat, und der gerade für mich ein besonderes Interesse darbietet, nämlich die Lokalisation der Tuberkulose in der Lungenspitze. Ohne jetzt darauf einzugehen, wie weit Dr. Freudenthal berechtigt ist, von seinen Beobachtungen zu schliessen, dass die Tuberkulose wirklich sehr häufig im Nasenrachenraum vorkommt — ich will nur beiläufig erwähnen, dass die Anwesenheit eines Tuberkelbacillus und eines Miliartuberkels verschiedene Dinge sind — will ich nur das folgende sagen: Es ist allgemein bekannt, dass die Lunge der eigentlich primäre Ort für Tuberkulose ist. Es kommt zwar Tuberkulose auch in Nase, Rachen, Mund, Gaumen, Tonsillen u. s. w. vor, aber nicht sehr häufig und meistens nur secundär. Am häufigsten, wie gesagt, kommt die Tuberkulose vor in der Lunge und da erscheint sie zunächst, wenigstens in den chronisch verlaufenden Fällen, in der Lungenspitze. Diese Thatsache war längst bekannt, lange bevor man noch von Tuberkelbacillen etwas wusste, und schon längst wurde die Frage aufgeworfen, warum es denn eigentlich so ist. Die Antwort war dann aber sehr einfach. Man sagte, die Lungenspitze respirire weniger als die anderen Teile der Lunge; daher schlechte Ernährung der betreffenden Gewebe und deren grössere Vulnerabilität. Diese Antwort passte so lange als man die eigentliche Ursache der Tuberkulose nicht kannte. Seitdem aber Koch nachgewiesen hat, dass die Tuberkulose nur durch Einwanderung des Bacillus in die Lunge zustande kommen kann, konnte die alte Antwort nicht genügen, denn wenn die Lungenspitze schlechter respirirt, dann sollte doch der Bacillus da am allerwenigsten

hineingerathen können! Nun hatte man die alte Theorie in scheinbar einfacher Weise den neuen Verhältnissen anzupassen versucht. Man sagte: Die Inspiration in der Spitze ist so gut wie überall in der Lunge oder vielleicht noch besser, aber die Expiration ist schlechter, darum kann der Bacillus gut hinein, aber kommt schlecht wieder heraus. Diese Theorie ist, wie ich glaube, zuerst von Hanau aufgestellt worden, und hat in recht gute Handbücher Eingang gefunden. Es ist kaum begreiflich, wie man solchen Unsinn aufstellen kann! Man bedenke doch, was wohl aus den Lungenspitzen werden sollte, wenn die Luft leicht hinein, aber schlecht heraus kommen kann. Wie lange würde das dieser Theil der Lunge aushalten? Das ist doch einfach ein Ding der Unmöglichkeit, und ich habe kaum nötig darauf weiter einzugehen. Ich habe nun auch versucht eine Hypothese zur Erklärung dieser Frage aufzustellen. Ich habe dieselbe Annahme gemacht, wie sie früher stets gemacht worden ist, nämlich dass die Lungenspitze eben weniger respirirt, d. h. weniger inspirirt und weniger expirirt als die anderen Lungentheile; ich nahm aber an, dass das Hineinwandern von Bacillen in die Spitzen nicht bei der gewöhnlichen Respiration geschieht, sondern bei ganz speziellen Vorgängen. Zunächst bei dem Vorgang des Hustens. Ein Husten besteht darin, dass zunächst eine tiefe Inspiration vorangeschickt wird, dann die Glottis verschlossen, und endlich erfolgt eine heftige explosive Expiration. Während dieser Expiration wird die Luft in der Lunge unter hohen Druck gestellt und sucht auszuweichen nach irgend einem Ort des geringsten Drucks, und dieser Ort ist gerade die Lungenspitze wegen ihrer geringen Theilnahme an der Respiration. Daher gelangen die Bacillen da so gut hinein während des Hustens. Wenn der Husten nachgelassen hat, dann ist weiter gar kein Faktor da, der diesen eingewanderten Bacill aus Lungenspitze heraustreiben soll. Das Hypothetische in meiner Theorie ist eben die Annahme, dass die Lungenspitze weniger respirirt. Diese Annahme, wie gesagt, rührt nicht von mir her, sie wurde früher allgemein gemacht. Ich habe aber auch versucht, experimentell der Sache näher zu treten. Ich habe mit einer Röhre hinter dem Oesophagus in das Mediastinum zu gelangen gesucht und habe in den verschiedenen Höhen die Druckschwankungen gemessen, die bei den verschiedenen Phasen der Respiration zum Ausdruck kommen. Das Ergebniss war, dass in der That in den oberen Teilen des Mediastinums gar keine oder eine nur sehr geringe Druckschwankung während der Respiration da war. Ich will aber zugeben, dass das noch kein absolut sicherer Beweis ist, dass auch innerhalb der Lungenspitze eine solche Schwankung nicht vorkommt.

Wenn ich Dr. Freudenthal habe richtig folgen können, so glaube ich, dass er gesagt hat, dass die Tuberkelbacillen aus dem Ductus thoracicus in die Lungenspitze hineinkommen. Was für eine besondere Affinität soll die Lungenspitze zum Ductus thoracicus haben? Vielleicht hat er damit die Hypothese unseres verstorbenen Freundes Roosevelt gemeint, der angenommen hatte, dass die Infection nicht durch die Luft- sondern durch die Lymphwege geschieht, und dass das Herz durch eine besondere Anordnung der Lungenarterien die Bacillen direkt in die Lungenspitze schiesst. Leider wird Keiner wohl mehr den Versuch machen, Beweise für diese etwas gewagte Hypothese zu suchen. —

Ich will noch hinzufügen, dass für die Bevorzugung der Lungenspitze durch den Tuberkelbacillus die dort herrschende Ruhe mit in Betracht

kommen mag. Ich habe durch Experimente das Gesetz nachzuweisen versucht, dass jeder Organismus zu seinem Gedeihen ein Bewegungsoptimum, wie es auch ein Temperaturoptimum gibt. Der Tuberkelbacillus braucht für sein Gedeihen sehr viel Ruhe, mehr als ein anderer Mikroorganismus. Nun werden in der That durch Mund und Nase in die oberen und tieferen Luftwege Bacillen massenhaft eingeathmet, aber da wogt die Luft beständig hin und her, da können sie nicht haften bleiben, da gibt es keine Ruhe und kein Gedeihen. Nur in der Lungenspitze mit der ganz geringen Respiration da finden diese Organismen die nöthige Ruhe für ihre Ansiedelung und Weiterentwickelung. — Damit will ich nun auch auf den Kernpunkt des Vortrages eingehen. Herr Dr. Freudenthal hat die Anwesenheit von Bacillen in den Nasen von Nichttuberkulösen nachgewiesen, die in der Umgebung von Phthysikern sich aufhalten. Ich habe eben gesagt, dass ich auch ganz der Ansicht bin, dass die Einwanderung des Bacillus in Mundhöhle, Nase, Lunge massenhaft geschehen muss. Cornet hat untersucht, wie viel Tuberkelbacillen der Staub, die Wände der Zimmer, enthalten, wo Schwindsüchtige wohnen; es hat aber bis jetzt Niemand systematisch untersucht wie viel Bacillen im Mund, Nase, Rachen von gesunden Menschen vorkommen, die mit Lungenkranken in steter Berührung sind. Bei der Massenhaftigkeit des Vorkommens dieses Bacillus darf eine solche Annahme a priori gemacht werden. Um von der Massenhaftigkeit eine Illustration zu geben, will ich nur Nutall anführen, der die Zahl der Bacillen zu schätzen gesucht hat, welche eine tuberculöse Frau auf Oslers Klinik mit ihrem Sputum ausgeworfen hat. In den 16 Untersuchungen, die er angestellt hat, betrug die Zahl etwa 3—4 Billionen in 24 Stunden — auf eine Billion kommt es eben bei den Tuberkelbacillen gar nicht an. Bei der grossen Zahl von Tuberkulösen ist es wirklich wunderlich, dass man nicht daran gedacht hat, wie massenhaft diese Bacillen im Mund und in der Nasenhöhle in solchen Menschen sein müssen, die in der Umgebung von Tuberkulösen sind. Aber warum man doch nicht bei dieser grossen Massenhaftigkeit so viele Fälle von Tuberkulose hat, beruht wahrscheinlich darauf, dass der Tuberkelbacill zwar in Nase, Nasenrachenraum, Mund, Trachea, die gröberen Bronchien hinein gelangt, aber da findet er keine Ruhe, weil er da bei der Respiration wieder bewegt und wieder fortgeschafft wird.

Ich bin also der Ansicht, dass man Dr. Freudenthal's Angaben a priori beistimmen kann, und dass es ein Verdienst ist, eine solche Untersuchung unternommen zu haben. Anders muss ich mich zu seinen Schlüssen stellen. Er will aus seinen Befunden schliessen auf die grosse Häufigkeit von primärer Tuberkulose in der Nase und Nasenrachenraumes. Da geht er zu weit. Zunächst ist doch der tinctorielle Nachweis eines Bacillus kein Beweis für seine Virulenz, diese wird erst durch das Thierexperiment festgestellt. Aber wenn auch die von Herrn Dr. Freudenthal gefundenen Bacillen voll virulente gewesen wären, würden sie doch noch keine Tuberkulose des Ortes beweisen, wo sie gefunden sind. Wir finden bei gesunden Menschen Diphtherie-Bacillen im Munde, wir denken aber nicht daran, diese Menschen für diphtheritisch zu halten, weil dazu ausser der Anwesenheit des Diphtherie-Bacillus noch der Nachweis einer lokalen Läsion gehört. Auch zur Etablirung der Tuberkulose gehört der Nachweis einer lokalen Läsion, eines Miliartuberkels, oder eines tuberkulösen Geschwürs. Das hat aber Herr Dr. Freudenthal bei seinen gesunden Individuen nicht

nachgewiesen, darum darf er auch nicht sagen, dass er die Häufigkeit der Tuberkulose in der Nase und im Nasenrachenraume nachgewiesen hat. — Die Beobachtungen des Herrn Dr. Freudenthal möchte ich eher in diagnostischer Beziehung verwerthet sehen. Man nimmt jetz allgemein an, dass die Anwesenheit eines Tuberkelbacillus im Sputum eines Menschen die Diagnose der Tuberkulose sicher stellt. Nach den vorhergegangenen Auseinandersetzungen scheint eine solche Annahme nicht ohne weiteres richtig zu sein. Der Tuberkelbacillus könnte da im Sputum nicht von einem Herde in der Lunge, sondern von Aussen her hineingelangt sein und er wird schon wieder herauskommen. Wir denken doch so beim Pneumokokkus, beim Diphtherie-Bacillus, warum sollen wir nicht in gleicher Weise bei Tuberkelbacillus denken dürfen? Der Gegenstand ist von wirklichem Interesse, ich darf ihn aber jetzt nicht weiter ausführen, da die mir zugemessene Zeit bereits abgelaufen ist.

Dr. A. Jacobi: Wenn Dr. Meltzer sagt, dass er angeführt worden ist, so sind wir wenigstens nicht von Dr. Meltzer angeführt worden, aber auch nicht von Dr. Freudenthal, denn sein Vortrag enthält so viele Thatsachen und so viele gesunde Suggestionen, dass jeder von uns ganz gewiss viel daraus gelernt hat und zum Denken dadurch wird angeregt werden. Es sind meiner Meinung nach ein paar gelegentliche Uebertreibungen darin, die im Eifer der Arbeit gelegentlich unterlaufen, wenn es sich um Darstellung bestimmter Objekte und Erreichung eines bestimmten Zieles handelt. Dr. Meltzer hat schon darüber gesprochen, dass, wenn sich auch Bacillen finden, doch gar keine Tuberkulose da zu sein braucht, ebenso wenig wie der Diphtherie-Bacillus für die Diphtheriediagnose genügt. Die Thatsache ist, was Dr. Freudenthal gesagt hat, dass Nasentuberkulose nicht häufig ist. Sie dürfte aber häufig sein, wenn die Gegenwart der Bacillen allein hinreichend wäre, eine Irritation zu machen und dadurch zur Entwicklung örtlicher Tuberkulose Veranlassung zu geben. Thatsache ist ferner, das entnehme ich auch aus seinem Vortrag und der Rede von Dr. Meltzer, dass eine bestimmte Läsion der Schleimhaut vorhanden sein muss, um eine Krankheit zur Entwicklung zu bringen. Das bringt mich auf die Frage der Disposition, von der Dr. Freudenthal sehr wenig denkt. Ich halte sehr viel von Disposition. In den meisten Fällen können wir von einem Individuum sagen, ob es zur Tuberkulose disponirt ist oder nicht. Im Laufe der Jahrzehnte, ich könnte sagen der Jahrhunderte hat man einen bestimmten Typus aufgestellt, in dem sich die Tuberkulose gern vorfindet. Es ist Jedermann bekannt. Ich will im Zusammenhang damit nur an das erinnern, was anatomisch ziemlich festgestellt ist. Es sind etwa 25 Jahre her, dass Freund in Breslau die gesunde Theorie aufgestellt hat, auf anatomische Daten gestützt, dass der Brustkorb eng und lang ist in allen Fällen, in denen sich eine frühzeitige Synostose besonders an den oberen Rippenknorpeln ausbildet. Es giebt das einen Brustkorb mit allen Schädlichkeiten für die Athmung, die zu Tuberkulose, zu allen möglichen Krankheiten der Athmungswerkzeuge disponiren. Diese Fälle sind nicht so häufig. Was aber sehr häufig ist, ist die Hinfälligkeit des Gewebes im allgemeinen und speziell diejenige der Schleimhäute, die sich dadurch äussert, dass die Epithelien rasch zerfallen, dass sich leicht eitriger Schleim, oberflächliche Geschwüre bilden, in denen dann Diphtherie oder Tuberkulose sich leicht festsetzen können. Das sind Fälle, die man mit dem alten Namen Skrofulose bezeichnet hat. Das Ding existirt, einer-

lei wie man es nennt. Man hat den Namen Skrofulose aus der Pathologie verbannen wollen, man kann es aber nur thun, wenn man sich dabei erinnert, dass es einen solchen Zustand der Hinfälligkeit des Gewebes wirklich giebt, der dann Gelegenheit giebt, dass Krankheiten invadiren und sich festsetzen. Diese Disposition ist ohne allen Zweifel da. Diese Disposition ist besonders stark da, wenn wir es mit Nasencatarrh, Nasenrachencatarrh und dem sich daran schliessenden Kehlkopfcatarrh zu thun haben. Der Nasenrachencatarrh findet sich selten ohne etwas oder viel Kehlkopfcatarrh. Sehr häfig sind solche Fälle von langer Dauer, und da versteht es sich von selbst, dass in solchen Fällen der Tuberkelbacill sich leicht festsetzen kann.

Alles übrige hat Dr. Freudenthal so vortrefflich bearbeitet, dass es mir eine Freude gewesen ist zuzuhören. Selbst seine Anekdoten sind suggestiv. Aber ich möchte die eine oder die andere ein bischen korrigiren. Er behauptet, dass es früher keinen Katarrh, keinen Schnupfen gegeben habe, weil es keine Schnupftücher gegeben habe. Das Wort Katarrh ist gut griechisch, und Beschreibungen von Katarrh, von starken Schleimflüssen, von Rhoen sind im Hypokrates sehr häufig erwähnt und seit der Zeit häufig gewesen. Schnupfen hat es im Mittelalter auch viel gegeben. Es giebt ein authentisches und absolut sicheres Werk über die sieben Schwaben, und es ist ausdrücklich verzeichnet, dass einer dieser Schwaben den Namen Spiegelschwab hatte von der einfachen Thatsache, dass sein Nasenkatarrh so bedeutend war, dass er den Aermel fortwährend mit seinem Sekrete beschmutzen musste. Ich schliesse daraus, dass zu jener Zeit der Schnupfen sehr häufig gewesen ist. Was die Schnupftücher betrifft, so kamen dieselben ungefähr zur selben Zeit auf wie die Hemden. Die Jungfräulein des Zehnten-, Elften-, Zwölften-Jahrhunderts hatten keine Hemden, sie schliefen in einer Decke oder im Kleid. Was wollen Sie daraus schliessen? Aber mir scheint, dass nicht die Kultur, die Schnupftücher und Hemden uns Krankheiten gebracht haben, sondern es ist wahrscheinlich, dass die Unkultur gerade zu solchen Krankheiten sehr viel beigetragen hat.

Noch eins vielleicht. Dr. Freudenthal hat von Cornet und seiner Statistik gesprochen. Ich dürfte wohl anführen, dass in den allerletzten Jahren bis in das vorige Jahr hinein Cornet selber eine Anzahl Beobachtungen veröffentlicht hat, nach denen die Statistik in den öffentlichen Anstalten und speziell Gefängnissen von Jahr zu Jahr besser geworden ist, im selben Mass wie die Verordnungen des Reichsgesundheitsamtes auch auf die Gefängnisse Anwendung gefunden haben. Während es ganz gewiss richtig ist, dass die sitzende Lebensweise, Mangel an guter Luft und genügender Lungencirculation die Tuberkulose mehr verbreitet hat, so ist es auch richtig, dass mit den geeigneten modernen Massnahmen die Sterblichkeit bedeutend verringert werden kann, selbst in solchen Anstalten, und verringert worden ist.

Dr. J. W. Gleitsmann: Bei der vorgeschrittenen Zeit will ich nur wenige Bemerkungen machen. Ich möchte in Bezug auf die Nase kurz erwähnen, dass von einem englischen Kollegen Untersuchungen gemacht worden sind, die nachgewiesen haben, dass die Nase selbst Sekrete absondert, die der Entwickelung von Bacillen nicht günstig sind. In Bezug auf die Gefährlichkeit und Wichtigkeit des Nasenrachenraums wurden auch in der letzten Zeit von zwei französichen Autoren Versuche gemacht, welche

ergaben, dass mit Theilen von operativ entfernten adenoiden Vegetationen, experimentelle Tuberkulose erzeugt werden kann. Weitere Untersuchungen, die bis in dieses Jahr hineinreichen, haben jedoch nachgewiesen, dass dies nicht so gefährlich ist.

Dr. Toeplitz: Ich möchte nur meine Verwunderung darüber aussprechen, dass Dr. Freudenthal seine Untersuchungen im Montefiore Home gemacht hat. Es ist nicht zu verwundern, dass fast bei allen 133 Patienten Bacillen gefunden worden sind, in einem Haus, wo die Hälfte sämmtlicher Patienten aus Tuberkulösen besteht. Wenn Dr. Freudenthal seine Untersuchungen in einem anderen Hospital vorgenommen hätte, dann wären die Resultate mehr beweisend gewesen.

Dr. Bloch: Ich möchte mich nur den Bemerkungen, die Dr. Meltzer gemacht hat, und insbesondere seiner Theorie über das häufige Vorkommen von Tuberkulose gerade in der Lungenspitze vollkommen anschliessen. Zur Bekräftigung dieser seiner Erklärung möchte ich eine Beobachtung anführen, die mir aufgefallen ist, und die ich sonst nicht erwähnt finde. Ich habe eine Anzahl Kinder mit Tuberkulose gesehen, und ich habe da thatsächlich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gefunden, dass die Tuberkulose vornehmlich nur in den Unterlappen etablirt war, nicht an der Spitze. Das bestätigt die Theorie, dass durch verstärkte Exspiration, wie z. B. beim Husten, die Tuberkelbacillen in die Spitze hineingepresst werden und, weil daselbst eine sehr geringfügige Ventilation stattfindet, dort einen guten Culturboden finden. Bei Kindern ist die Spitze aber besser ventilirt, weil die Knochen und Gelenke noch nicht so starr sind und daher vielmehr Spielraum gewähren. Ich erkläre mir dadurch das häufige Vorkommen der Tuberkulose an der Basis bei Kindern. — Ich habe nur um das Wort gebeten, um die Herren, die mehr Erfahrung haben als ich, zu fragen, ob sie auch die Beobachtung gemacht haben, dass bei Kindern die Tuberkulose vorzüglich häufig in der Basis etablirt ist.

Dr. Freudenthal (Schlusswort): Was Dr. Caillé gesagt hat, hat mich sehr interessirt, dass nämlich die Anzahl der Infektionsfälle im Hospital infolge seiner Nasenrachentoilette sehr vermindert wurde. Und ich werde meine Ansicht wohl dahin ändern, dass ich für Hospitäler, wo überhaupt andere Bedingungen herrschen, als im gewöhnlichen Leben, seine Nasenrachentoilette gelten lassen will. Im gewöhnlichen Leben kann ich mich für gesunde Kinder nicht dazu entschliessen.

Manche Bemerkungen rühren daher, dass ich meinen Vortrag nicht vollständig vorlesen konnte, um Sie nicht zu lange zu belästigen. Es wird mich ausserordentlich freuen, die Erfahrungen zu lesen, die Dr. Meltzer mit dem Ductus thoracicus macht. Ich habe keine eigenen Erfahrungen, sondern stütze mich auf diejenigen der pathologischen Anatomen. Ich freue mich, dass Dr. Meltzer mit mir darin übereinstimmt, dass Ruhe ein wesentlicher Faktor ist in der Aetiogoie der Tubekulose, und da finden wir keinen günstigeren Platz als den Nasenrachenraum. Die Auseinandersetzung des Herrn Meltzer über Inspiration, Expiration und die Lungenspitze waren mir auch bekannt, und ich verstehe nicht, wie noch jetzt die Theorie von dem verminderten Eintritt und Austritt der Luft in manchen Lehrbüchern vertreten werden kann.

Dr .Jacobi erwähnte Prof. Freund. Nun, meine Herren, Sie wissen alle, wie viel mehr praktische Erfahrung Dr. Jacobi hat als ich, und ich hoffe, wir werden noch sehr viel von ihm lernen. Aber trotzdem, nehmen

wir z. B. ein derartiges Individuum an, das angeblich prädisponirt ist, eine Familie, in der alle vier, fünf Kinder prädisponirt wären zur Tuberkulose. Bringen Sie drei Kinder in hygienisch günstige Verhältnisse, und sie werden mit ziemlicher Sicherheit der Tuberkulose entrinnen, während die anderen Kinder, welche der alten Beschäftigung überlassen bleiben, disponirt bleiben und tuberkulös werden. Das ist doch ein sehr starker Beweis dafür, dass die Beschäftigung, die Lebensweise etc. sehr viel hierbei zu thun haben.

Die Thatsachen, die Dr. Gleitsmann erwähnt hat, habe ich vorgebracht und die Untersuchungen von Hewlett und Thompson erwähnt, welche die sehr interessante Thatsache konstatiren, dass die meisten Bacillen sich im Vestibulum aufhalten; das ist bei ganz gesunden Nasen. Bei pathologischen Zuständen ist das anders.

Dr. Toeplitz muss ich erwiedern, dass allerdings die Hälfte der Patienten im Montifiore Home tuberkulös sind, aber von meinen Fällen waren etwa 80 nicht tuberkulös, und nur der Rest von etwa 50 waren schwindsüchtig.

Dr. J. W. Gleitsmann: Ich erlaube mir den Verein darauf aufmerksam zu machen, dass unser Ehrenmitglied Dr. Rudolf Virchow nächsten Dienstag, den 13. Oktober seinen 75-jährigen Geburtstag feiert, zu dem grossartige Vorbereitungen in Deutschland getroffen werden, und ich wollte anfragen, ob es nicht passend wäre, dass diese Gesellschaft ihm einen telegraphischen Glückwunsch zusende. Ich möchte daher den Antrag stellen, dass Präsident und Sekretär denselben anfertigen und absenden.

Präs. Dr. Willy Meyer: Wird dieser Antrag unterstützt? (Ja). Ich bitte alle Herren, die dafür sind aufzustehen. (Geschieht).

Der Antrag ist einstimmig angenommen.

Schluss und Vertagung.

Therapeutische Notizen.

— In dem Lyoner medicinischen Vereine demonstrirte, wie im „Lyon. Méd.", 1896, Nr. 13 berichtet wird, Berard ein 68jähr. Weib, welches mit Vortheil durch 22 Jahre gegen ihren Prolaps der Scheide, combinirt mit Cysto- und Rectokele, eine Citrone als Pessarium gebrauchte, welche sie sich jeden Monat in die Scheide einführte. Die nach einem Monate entfernte Citrone war immer ganz unverändert, hatte namentlich keinen üblen Geruch und war nicht angefault. Bei der Untersuchung erwies sich die Schleimhaut der Scheide und der Portio ganz intact, rosenroth gefärbt und ohne jede Abschilferung. B. hält daher die Citrone für ein wahrhaft antiseptisches Pessarium, welche sich mit Vortheil bei Prolaps in der Climax anwenden liesse. Hervorgehoben muss werden, dass die Frau ungestört ihren schweren Arbeiten nachging und jede körperliche Hygiene ausser Acht liess.

— Cocainvergiftung. Rybakoff erwähnt in der Neurologischen Gesellschaft von Moskau das von Magnan beschriebene Symptom als eines der wichtigsten diagnostischen Merkmale der Cocainvergiftung. Dasselbe besteht in einer Gefühlshallucination; der Patient glaubt, einen rundlichen Fremdkörper unter der Haut zu fühlen, in der Grösse eines Sandkorns oder noch etwas grösser und klagt dementsprechend über Mikroben, Würmer oder Krystalle, die unter der Haut liegen. Dieses Symptom ist das einzige, das der Cocainvergiftung eigenthümlich ist, während die andern ebenso beim Alkoholismus und anderen Giften beobachtet werden. Als Illustration erwähnt Korsakoff einen Fall, in dem eine Frau, die mit multipler Neuritis behaftet war, über „Würmer unter der Haut" klagte. Es stellte sich heraus, dass dieselbe lange Zeit cocainhaltige Vaginaltampons benutzt hatte. Mit deren Beseitigung verschwanden auch die „Würmer."

— Digitalisbehandlung der Pneumonie. Barth empfiehlt in der Semaine médicale für manche Fälle von Pneumonie die Behandlung mit grossen Dosen von Digitalis nach dem Vorgang von Traube, Petrescu und Hueppel. Wenn der Kranke kräftig, nicht über 40 Jahre und sonst frei von organischen Erkrankungen ist, gibt er den Bädern den Vorzug, anderen Falles aber, besonders bei schwachem Herzen, soll Digitalis in Dosen von 3—5 g. des Pulv. fol. dig. pro die im Infus mit Rum und Orangensyrup gegeben werden. Mässiges Erbrechen und Schwindel sind keine Contraindication, aber die Behandlung muss fortgesetzt werden, bis der Puls äusserst verlangsamt oder unregelmässig wird. Petrescu gibt sogar 7—8 pro die 2—4 Tage hintereinander, ohne eine Intoxication erlebt zu haben. Er hatte bei dieser Behandlungsmethode bei 825 Fällen eine Mortalität von 2,06 Prozent

— In einem Artikel der „Prag. med. Woch.“ (1896, Nr. 39) bespricht Dr. Adler die herkömmlichen Behandlungsmethoden der Schweissfüsse, von denen zwei Arten unterschieden werden können. Bei der ersten Art sucht man durch aufsaugende Mittel das Uebel zu beheben, bei der zweiten kommen secretionshemmende Mittel zur Verwendung. Zu den aufsaugenden Mitteln gehören vor Allem die verschiedenen Streupulver, die schon dadurch unbequem sind, weil sie alle Tage angewendet werden müssen. Von den secretionshemmenden Mitteln hat sich dem Verf. das Formalin zur Behandlung der Schweissfüsse glänzend bewährt. Es werden zu diesem Zwecke täglich die befallenen Hautpartien mit der im Handel vorkommenden Formalinlösung (Merck) bepinselt. Nach 2—3 Tagen bildet sich ein vollkommen trockener Schorf und die Secretion hört wie mit einem Schlag auf. Die Wirkung hält 2—3 Wochen, je nach dem Grade des Leidens, an. Bei vorhandenen Schrunden müssen dieselben erst durch Salbenbehandlung zur Heilung gebracht werden. Auch die Einathmung der Formalindämpfe ist möglichst zu vermeiden, da sie die Mund- und Rachenschleimhaut leicht reizen.

Allerlei.

— Universitätsnachrichten. München. Die Ernennung des Prof. Dr. Bumm in Erlangen zum ordentlichen Professor der Psychiatrie hier ist nunmehr erfolgt.

— Todesfälle. Hamburg. Am 18. d. M. starb in Madeira der bekannte Neurologe und frühere Oberarzt am hiesigen Allgemeinen Krankenhause Dr. Carl Eisenlohr. E., geboren in Pforzheim im Jahre 1847, kam im Jahre 1876 als Assistenzarzt der medicinischen Abtheilung an das Allgemeine Krankenhaus und wurde Anfang der 80er Jahre zum Oberarzt erwählt. E. hat sich durch eine Reihe neurologischer Arbeiten einen Namen auf dem Gebiet der Nervenheilkunde erworben, der weit über die Grenzen seiner neuen Vaterstadt hinausging. Die von ihm gepflegte Specialwissenschaft verliert in ihm einen ihrer gelehrtesten und hervorragendsten Vertreter. Er verstand es besonders auch, jüngere Collegen für sein Fach zu interessiren; unsere hiesigen Neurologen sind grössten Theils alle Schüler oder Assistenten E.'s gewesen. In den letzten Jahren litt E. an einer Tuberculose des Larynx, die ihn vielfach von Hamburg fortführte. Ihr ist er auch jetzt auf Madeira, das er erst vor Kurzem aufsuchte, erlegen. (Münch. Med. Woch.)

— Halle. Hier starb Geh. Medizinalrath Prof. Theodor Ackermann, langjähriger Ordinarus der pathologischen Anatomie an der Universität. Er war am 17. September 1825 in Wismar geboren und hatte vor zwei Jahren seine Lehrthätigkeit aufgegeben. Sein Nachfolger ist Prof. Eberth.

In Berlin verschied am 2. November in Folge eines Schlaganfalles einer der verdientesten Syphilidologen Deutschlands, der Geheimrath Dr. Georg Lewin.

— Gestorben sind ferner: In Stettin der Chefarzt des dortigen Krankenhauses Bethanien, Dr. Hans Schmid, ein Schüler Heinecke's und Küster's, an den Folgen einer Wundinfection; in Danzig der hervorragende Oculist Dr. M. Schneller, 62 Jahre alt.

— Professor Dr. Grashey ist nun, nachdem er seit Guddens Tode, also seit 10 Jahren, die Kreisirrenanstalt München geleitet hatte, von dieser Stellung und zugleich von seiner Professur zurückgetreten, um an Kerschensteiners Stelle den Posten eines Medizinalreferenten über das bayerische Medizinalwesen zu übernehmen.

— Berlin. Vom Dezember ab wird eine neue Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie herausgegeben von Professor Dr. C. Wernicke, Breslau, Professor Dr. Th. Ziehen, Jena, im Verlag von S. Karger in Berlin NW 6 erscheinen. Der Jahrgang kostet 32 M.

— Prof. Dr. Ernst Fraenkel in Breslau hat sich wegen zunehmender, hochgradiger Kurzsichtigkeit einer Operation mit bestem Erfolge unterzogen, sodass er jetzt seine wissenschaftliche und praktische Thätigkeit in vollem Umfange wieder aufnimmt. — Der Professor

der Staatsarzneikunde Dr. S. Rubnow in Jurjew (Dorpat) ist bereits nach Moskau übergesiedelt, um den bisher von Professor Dr. Erismann bekleideten Lehrstuhl der Hygiene an der Moskauer Universität zu übernehmen.

— Berlin. Man plant eine deutsche Gesellschaft für pathologische Anatomie, die ihre Sitzungen jährlich im Anschluss an die Naturforscherversammlung abhalten will. Mit der Vorbereitung der Organisation ist eine Commission betraut, bestehend aus den Prof. Virchow (Berlin), von Recklinghausen (Strassburg), Ponfick (Breslau), Ziegler (Freiburg), Chiari (Prag) und Hanau (Giessen).

— Auf eine besonders gefährliche Ansteckungsquelle für Tuberkulose macht Dr. Braatz-Königsberg aufmerksam. Dies betrifft, wie wir der „D. M. Ztg." entnehmen, besonders die wohlhabenderen Familien, wo der „sprachkundige" Papagei so oft zur Zierde und zur Belustigung gehalten wird. Die Papageien leiden bekanntlich sehr oft an Tuberkulose. Von 154 Papageien, die in der Berliner Thierklinik in den Jahren 1886 bis 1894 behandelt wurden, waren 56)36.3 3%) tuberkulös. Die Tuberkulose tritt hier sowohl innerlich, als äusserlich auf. Im letzteren Falle handelt es sich um harte Geschwülste (Tuberkulose), welche sich in der Haut unter Verhornung ihrer äusseren Schichten bilden. Braatz selbst hatte Gelegenheit, die Section eines getödteten Papageis vorzunehmen. Er fand, dass die Lungen zwar gesund waren, dass aber die weisslichen Flecke, welche das Herzfleisch bedeckten, zahllose Mengen von Tuberkelbacillen enthielten. Wenn man in Betracht zieht, wie intim oft der Verkehr namentlich der jüngeren Familienmitglieder mit dem Papagei ist, so wird man dem geschilderten Umstande gewiss mehr Beachtung schenken müssen.

Karl Heitzmann †

Mit tiefem Bedauern haben wir den am 6. Dezember in Rom erfolgten Tod Dr. Karl Heitzmann's zu melden. Da seiner Bedeutung als Arzt und Pathologe in einem besonderen Vortrage, wie wir hören, gedacht werden soll, der vermuthlich in dieser Zeitschrift zum Abdruck gelangen wird, so beschränken wir uns, um nicht vorzugreifen, auf diese kurze Notiz.

Das Hinscheiden Heitzmann's ist zweifellos ein Verlust für die gesammte medicinische Welt, in der er durch seine vielfachen Arbeiten, wenn auch hauptsächlich durch seinen Atlas, so vorteilhaft bekannt war. New York jedoch hat besonderen Grund sein Ableben zu betrauern, da er durch seine lebhaften, oft mit Humor gewürzten Discussionen viele der wissenschaftlichen hiesigen Versammlungen belebte. Die Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York endlich verliert in ihm ihren treuesten Förderer und Freund, dem sie zu dauerndem Danke verpflichtet ist.

Eingesandt.

Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten, herausgegeben von Dr. F. Pengoldt und Dr. R. Stintzing. 27. (Schluss) Lieferung.

Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Spezialärzte, herausgegeben von Prof. Dr. A. Drasche. 107.—116. Lieferung.

Berliner Klinik. Heft 99. Die Tuberkulose der Tonsille bei Kindern, von Dr. Eugen Schlesinger, Berlin.

Heft 100. Zur Lehre von der Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen, von Dr. A. Aschoff.

Handbuch der Gynäkologie, herausgegeben von J. Veit, Leiden. Erster Band. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1897. (Durch Lemcke & Büchner.).

Beiträge zur Kenntniss von Verlauf und Behandlung der tropischen Malaria in Kamerun. Von Dr. Albert Plehn. Berlin, 1896. Verlag von August Hirschwald.

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von Dr. Paul Heymann. 4. Lieferung. (I. Band, 2. Lieferung.).

An die Leser.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an : Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sin an den Herausgeber zu richten.

OTTO G. T. KILIANI,
133 E. 57. Str.
